

Tiina Saikkala

# Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin arviointi päihdepoliklinikalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

18.11.2015

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Tiina Saikkala Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin arviointi päihdepoliklinikalla 42 sivua + 3 liitettä 18.11.22015
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ohjaajat	Lehtori Eila - Sisko Korhonen Psykiatria ja päihdekeskuspäällikkö, ylihoitaja Sami Keränen
<p>Tässä opinnäytetyössä tarkoitus oli arvioida kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin toteutumista helsinkiläisillä päihdepoliklinikoilla. Tavoitteena oli saada tietoa hoidon integroinnin kehittämiseksi.</p> <p>Aineistonkeruu tapahtui kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin mittaukseen ja arvioon kehitetyllä Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment -mittarilla (DDCAT). Mittarilla pisteytettiin päihdepoliklinikan toimintaa ja lisäksi analysoitiin haastatteluaineisto sisällytönanalyysin periaatteita noudattaen. Haastatteluun osallistui päihdepoliklinikoilta neljä (4) sosiaali- ja terveysalan työntekijää. Haastatteluun osallistuneet tekevät päihdepoliklinikalla potilaan kliinistä hoitoa sekä lähiesimiestyötä.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että helsinkiläisillä päihdepoliklinikoilla on kykyä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon, vaikka hoidon integraatio ja toiminnan järjestämisen rakenteet vaihtelivat alueittain. Henkilöstö on moniammatillista ja yksiköissä on potilaan mahdollista saada erityistyöntekijöiden hoidollisia tapaamisia sekä konsultaatiota hoidon aikana tarpeen mukaan.</p> <p>Potilaan hoitoon on alueittain vaihtelevasti tarjolla vertaistukiryhmiä sekä kokemusasiantuntijoita. Hoitoa tukeviin vertaisryhmiin ohjataan rutiinomaisesti, sen sijaan potilaan jatkohoitoon kaivattiin linjauksia ja struktuuria. Johto kannustaa henkilöstöä mielenterveyshoidon koulutuksiin, mutta spesifiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja siihen liittyvää lääkehoidon koulutusta ei koettu olevan tarjolla.</p> <p>Tulokset osoittivat, että 2dg-potilaan hoidon integroinnin haasteet päihdepoliklinikoilla ovat mielenterveyshoidon tarpeen arviossa, hoidon toteutuksessa sekä dokumentoinnissa. Koettiin tärkeäksi saada mielenterveyden arvioon mittareita ja yhteisiä hoitomenetelmiä</p> <p>Tulosten perusteella kehittämishaasteena 2dg-potilaan hoidon integroinnissa on palvelukonaisuuden sujuvuus ja jatkohoidon turvaaminen, joka vaatii hoitoprosessin selkiyttämistä, mallintamista sekä hoidon osaamisen vahvistamista. Henkilöstö tarvitsee koulutusta potilaan mielenterveysoireiden arvioon sekä erilaisten mittarien käyttöönottoa hoidon eri vaiheisiin.</p>	
Avainsanat	mielenterveys, päihdehoito, kaksoisdiagnoosipotilaan hoito, samanaikainen integroitu kaksoisdiagnoosipotilaan hoito

Author(s) Title Number of Pages Date	Tiina Saikkala Treatment integration analysis for dual diagnosis patients at a substance abuse outpatient clinic 42 pages + 3 appendices 18.11.22015
Degree	Master's Degree
Degree Programme	Master's Degree Programme in Development and Leadership in Health Care and Social Services
Specialisation option	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Lecturer Eila - Sisko Korhonen Psychiatric and substance abuse centre manager, Chief nursing officer Sami Keränen
<p>The purpose of this thesis was to evaluate the implementation of treatment integration for dual diagnosis patients at substance abuse outpatient clinics in Helsinki. The aim was to collect information for the development of treatment integration. Data collection was done by using the Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (<i>DDCAT</i>) index, which was developed to measure and evaluate dual diagnosis patient treatment integration. This index was used to score the operations of the substance abuse outpatient clinic. In addition, interview material was analysed by following content analysis principles. Interviews were conducted with substance abuse outpatient clinic care staff: four (4) social and health care employees. The interviewed staff work in clinical patient care and immediate supervisory work.</p> <p>The results of this thesis show that substance abuse clinics in Helsinki have the ability to provide dual diagnosis patient care, although the treatment integration and organizational structures vary regionally. The staff is multiprofessional and the care units provide therapeutic meetings and consultations with specialized social workers when necessary. Variable regional peer support groups and experts by experience are available for patient care. Patients are routinely directed to peer groups that support treatment, however, follow-up patient treatment requires structure and policies. Management encourages staff to take mental health care training sessions, although, specific dual diagnosis patient treatment and related pharmacological treatment was perceived to be unavailable.</p> <p>The results show that the challenges met in substance abuse clinics regarding 2dg-patient treatment are manifested in mental health care assessment, care execution and documentation. It was deemed important to receive mental health assessment indicators and shared care methods. Based on the results, the development challenge for 2dg-patient treatment integration is service process fluency and to secure follow-up care, which will require clarification and modelling of the care process, as well strengthening care skills. Staff requires training in assessing mental health disorders and in utilizing different indices during various care stages.</p>	
Keywords	mental health, substance abuse treatment, dual diagnosis patient treatment, integrated treatment for co-occurring dual diagnosis patient.

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön käsitteet ja tutkimustietoa aiheesta	3
2.1	Kaksoisdiagnoosipotilas	3
2.2	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito	4
2.3	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi	7
2.3.1	Palveluintegraatio	10
2.3.2	Järjestelmäintegraatio	10
2.4	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroitu toteutuminen Suomen kunnissa	11
2.5	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin kehitys Helsingin kaupungin päihdepalveluissa	15
2.6	Opinnäytetyön konteksti	17
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	18
4	Opinnäytetyön menetelmät	18
4.1	Aineistonkeruu menetelmä	18
4.2	Aineistonkeruun toteutus	20
4.3	Aineiston analysointi	21
5	Tulokset	24
6	Opinnäytetyön luotettavuus	31
7	Opinnäytetyön eettisyys	33
8	Pohdinta	35
	Lähteet	38
	Liitteet	
	Liite 1. DDCAT-mittari kysymykset	
	Liite 2. Henkilöstön suostumuslomake	
	Liite 3. DDCAT-mittarin alkuperäiset kysymykset ja uusi muoto	

## 1 Johdanto

Mielenterveys- ja päihdehaasteiden kansanterveydellinen merkitys on suuri niin yhteiskunnallisesti kuin taloudellisesti. Mielenterveysongelmat aiheuttavat työkyvyttömyyttä ja psyykkiset perusteet eläkkeelle on melkein puolella työkyvyttömyyseläkettä saavista. Työikäisillä yksi merkittävin kuolinsyy on alkoholi. (STM 2012: 24; 13 -14; Holmberg – Hirschovits – Kylmänen – Agge (toim.) 2008: 13 – 14; Kuntatyönantajat 2014: 2.) Alkoholiperäisten kuolemansyiden kasvu kirjataan nykyistä laaja-alaisemmin ja suurin syy kuolemiin on yksinkertaisesti alkoholin käytön lisääntyminen. Alkoholinkulutus on suomalaisilla kolminkertaistunut vuosina 1968–2008. Miehillä alkoholinkulutus on hieman yli kaksinkertaistunut ja naisten osuus oli lähes kuusinkertaistunut. Itsemurhat ovat työikäisten yleinen kuolemansyy. Vuonna 2009 itsemurhan teki yli 1 000 ihmistä ja itsemurhan tekijöistä  $\frac{3}{4}$  osaa oli miehiä. Myös huumeiden käyttö on yleistynyt 1990-luvun loppupuolella ja lisäksi mielenterveys- ja päihdehaasteiden esiintyminen samanaikaisesti on lisääntynyt. (STM 2012: 24; 13 -14; Holmberg ym. 2008: 13 – 14; Tilastokeskus 2011.) Huumeriippuvuuden ja muun mielenterveyden ongelmien vuoksi sairaalassa hoidettujen osuus on Suomessa vuosien 1987- 2002 aikana lähes viisinkertaistunut. (Havio – Inkinen - Partanen 2008: 200. Holmberg ym. 2008: 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2009 (MIELI) mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kärki hankkeena on päihde- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen integroituna ja toimivana kokonaisuutena. Painopisteenä on perus- ja avohoitopalvelut sekä asiakkaan aseman ja edistävän sekä ehkäisevän päihdetyön vahvistaminen. (STM 2012: 24; 13 - 14.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tavoite Helsingin kaupungissa on mahdollistaa kuntalaisille joustavaa, viiveetöntä ja tarvittaessa lähetteetöntä pääsyä palveluihin. (Helsingin Kaupunki 2013: 10 -11). Helsingin kaupunki toteaa Sosiaali- ja terveysviraston strategiassa vuosille 2014 - 2016 palvelukulttuurin uudistuvan Sosiaali- ja terveyspalveluja integroiden. Potilaan tulisi päästä palveluihin mahdollisimman matalalla kynnyksellä, niin ettei tarvitsisi avata kuin yksi ovi. (Helsingin Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014 - 2016: 13 - 15.)

Hoitoon hakeutuminen ei ole ollut aina mielenterveys- ja päihdepotilaiden avun saamiselle tae. Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä kuntapalvelut ovat historiallisista, byrokraattisista ja poliittisista syistä eriytyneet hoitojärjestelmissä. (Holmberg ym. 2008: 14).

Kuitenkin kansalliset linjaukset, Helsingin Kaupungin ja Sosiaali- ja terveysviraston strategiat linjaavat mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen joustavaksi, integroiduiksi palveluiksi. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä ja hoitoon hakeutumisessa korostetaan matalankynnyksen, yhden oven periaatetta sekä mielenterveys- ja päihdehoidon yhtenäisiä avopalveluja. Tarkoituksenmukaista olisi, että potilaan moninaisiin haasteisiin vastaisi verkostoituva tiimi, moniammatillisesti ja yhteistyössä potilaan kanssa. Valtakunnallisissa päihde- ja psykiatrisia palveluita ohjaavissa suunnitelmissa esitetään selkeät perusteet hoitoketjujen sujuvuuteen sekä palveluiden yhdistämiseen koska mielenterveys- ja päihdeongelmat nähdään potilailla vahvasti käsi kädessä kulkevinä sairauksina.

Tässä opinnäytetyössä tarkoitus on arvioida samanaikainen eli kaksoisdiagnoosipotilaan integroidun hoidon toteutuminen helsinkiläisellä päihdepoliklinikalla ja tavoitteena saada tietoa integroidun hoidon kehittämiseksi.

## 2 Opinnäytetyön käsitteet ja tutkimustietoa aiheesta

Luvussa kuvataan tämän opinnäytetyön käsitteistä kaksoisdiagnoosipotilas, kaksoisdiagnoosipotilaan hoito, samanaikainen eli integroitu kaksoisdiagnoosipotilaan hoito sekä integroidun hoidon kehittymistä Helsingin kaupungin palveluissa.

Opinnäytetyön teoreettiseen osaan koottiin tutkimustietoa kotimaisista ja ulkomaisista hyväksi havaituista tietokannoista: Medic, Medline ja CINAHL. Hakusanoina käytettiin suomalaisissa tietokannassa mielenterv\* masen\* päih\* huume\* kaksoisdiagn\* ja integr\* ulkomaankielisissä hakusanoina käytettiin psychiatric services and addiction services and integrating services, mental health and substance use and integrated health, lisäksi hakuja tehtiin tietokannoista käyttäen jo löydettyjen tutkimusten ja artikkelien lähdeluetoita.

### 2.1 Kaksoisdiagnoosipotilas

Mielenterveysongelmien yhteydessä esiintyy paljon päihteiden käyttöä ja päihteet voivat aiheuttaa käyttäjälle erilaisia psyykkisiä oireita. Päihteiden ongelmakäyttäjää mielenterveyspotilaista on heidän oirekuvastaan riippuen 40 – 80 %. Vastaavasti tiedetään, että jopa 80 % potilaista joilla on diagnostisoitu päihderiippuvuus, on oheissairauksina mielenterveyden oireita ja diagnostisoituja sairauksia. Päihde- ja mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat väärinkäyttävät yleisimmin alkoholia, lääkkeitä, kannabista, opiatteja ja amfetamiinia. (Havio ym. 2008: 200.)

Hoitoa kuvaavassa kirjallisuudessa sekä lääketieteessä esiintyvien vakavien päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikaisesta esiintyvyydestä käytetään termiä kaksoisdiagnoosi. Tällöin potilaalla on samanaikaisesti päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen- ja mielenterveydenongelma. (Aalto 2007:1293). Termiä ”kaksoisdiagnoosi” on kritisoitu koska se viittaa medikalisointiin ja diagnostisuuteen avaamatta kuitenkaan diagnoosiluokkia lisäksi potilailla on usein myös somaattisia ja sosiaaliin tilanteisiin liittyviä ongelmia, joita käsite ei suoranaisesti avaa. Hoitamisen yhteydessä puhutaan mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä. Yhteisesiintyvyys kuvaa paremmin moniongelmaisen potilaan tilannetta yhteiskunnallisessa ja hoidollisessa kontekstissa jossa haasteet ja voimavarat nähdään moninaisista kokonaisuuksina. (Havio ym. 2008: 200; Holmberg ym. 2008: 12 - 13.)

Kaksoisdiagnoosipotilaalla todetaan erilaisia psyykkisiä oireita jotka eivät häviä vaikka henkilö olisi ollut ilman päihteitä jo jonkin aikaa, tällaisia ovat alkoholiriippuvaisen masennus tai ahdistus. Alkoholiongelmista noin 40 %:lla on todettu jossakin elämänsä vaiheessa psykiatrisia ongelmia ja huumeita käyttävillä luku on vielä suurempi. Näiden potilaiden osuus suomalaisessa palvelujärjestelmässä näyttäisi olevan kasvussa. (Käypähoito 2011; Havio ym. 2008: 200; Aalto 2007:1293).

Kaksoisdiagnoosin yleisyyttä voidaan todentaa myös toisinpäin. Psykiatrisia ongelmia potevista potilaista 30 %:lla todetaan olevan päihdeongelmia ja liki puolella vakavaa psykoosisairautta skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista todetaan päihdeongelmia. (Aalto 2007: 1293 - 1294.)

Psykiatriin sairauksiin siis liittyy merkittävä päihderiippuvuuden esiintyminen tai ainakin riski sairastua päihderiippuvuuteen. SAMSHA: n (USA:n päihde- ja mielenterveyden palveluiden ministeriö) julkilausuman mukaan 75 % mielenterveyspalveluja käyttävistä olisi päihteiden käyttöön liittyviä haasteita, joista kuitenkin vain murto-osa diagnosoitaisiin ja hoidetaan. (Holmberg ym. 2008: 241 - 242.) Englantilaisessa tutkimuksessa vuodelta 2003 kerrottiin sen hetkistä mielenterveyspalvelujen käyttäjistä 50 % olevan päihteiden riskikäyttäjä ja 22 prosenttia päihderiippuvaisia. Toisaalta päihteidenkäyttö oli jäänyt selvittämättä tai kirjaamatta jopa 73 % potilaista. Samassa tutkimuksessa todettiin alkoholia käyttävillä olevan kliinisesti merkittävä masennus 30 – 60 % ja masennuspotilailla 10 – 30 % todettiin samanaikainen alkoholiongelma. (Barnaby – Drummond – McCloud – Burns – Omu 2003: 783 – 784.)

## 2.2 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito

Kaksoisdiagnoosipotilaalla on päihdeongelman lisäksi vähintään yksi muu mielenterveydenongelma. Heidän elinajan ennuste on merkittävästi lyhentynyt eivätkä hoitomallit ja – vaste kohtaa tavalla joka vastaisi tämän haasteellisen potilasryhmän tarvetta. Nämä potilaat vakavine mielenterveys- ja päihdehaasteineen käyttävät runsaasti erilaisia resursseja ja palveluita erityisesti sosiaali - ja terveystieteiden puolella. Heidän kielteiset terveysseuraamukset ovat merkittäviä, koska tämän potilasryhmän on vaikea sitoutua hoitoon ja tuolloin se vähentää heidän mahdollisen lääkehoidon vaikuttavuutta. Lisäksi he joutuvat usein ”pallotetuksi” palvelusta toiseen. (Brouselle – Lamothe – Sylvain – Foro – Perreault 2010: 213; Drake – Musser – Brunnette – McHugo 2004: 360 - 74).



Samanaikaisesti psykiatrisista sairauksista ja päihdeongelmista kärsivät ihmiset putoavat usein hoidon ulkopuolelle. Haasteena voivat olla rakenteelliset syyt kuten hoitojonot, maksusitoumuskäytännöt sekä tiukka poliklinisiin aikoihin sidottu ajanvarausjärjestelmä. Esteenä hoidossa voi olla potilaan kokema pitkä ja hankala matka hoitoyksikköön tai jopa hoitohenkilöstön asenne. Vastaanotolta myöhästelevät ja poisjäävät eivät ole hoitohenkilöstön lempipotilas. (Vorma – Aalto 2013: 2049.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan moninaiset oireet haastavat henkilöstöä. Riskialtis elämäntapa ja käyttäytyminen altistavat potilaita erilaisiin somaattisiin sairauksiin sekä HIV- ja hepatiitti-infektioille. Väkivaltaisuus, itsensä vahingoittaminen, impulsiivinen käytös ja asunnottomuus eivät helpota hoitoon sitoutumista. Heitä on hankala diagnosoida koska he vähättelevät päihteiden käyttöä ja psyykkisiä oireitaan jopa kieltävät sen. He saavat usein haasteellisella käytöksellään hoitohenkilöstön suhtautumaan kielteisesti ja jopa torjuvasti heidän hoitoonsa. (Havio ym 2008: 202; Vorma – Aalto 2013: 2049.) Psykoottisiin oireisiin liittyvä päihdeongelma johtaa monimuotoisiin haasteisiin kuten sosiaaliseen syrjäytymiseen, psykoosin kroonistumiseen, itsemurhaan tai lisää riskiä ennenaikaiseen kuolemaan hoitamatta jääneen somaattisen sairauden myötä. (Aalto 2007: 1293; Terä 2001: 10; Kampman – Lassila 2007: 4447; Drake – Mueser – Brunette – McHugo 2004: 360 - 361.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) takaa potilaalle laadukkaan ja hyvän terveyden- ja sairaudenhoidon. Potilaan on saatava selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja muusta hoitoon liittyvistä merkittävistä asioista. Hoidon on perustuttava yhdessä tehtyyn (potilaan tai hänen laillisen edustajansa) hoitosuunnitelmaan, josta ilmenee hoidon järjestäminen ja sen toteuttamisaikataulu. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) 2006 ohjeistuksen mukaan päihtymys ei saa estää potilasta saamasta asianmukaista kohtelua ja palvelua, eikä se saa estää akuuttihoitoa arviota tai hoidon järjestämistä ja psykiatrinen sairaala ei voi kieltäytyä tutkimasta potilasta vetoamalla tiettyyn promillerajaan. Päihde- ja mielenterveyspotilas on lain mukaan yhdenvertainen muiden potilaiden kanssa ja hänellä on oikeus saada tarvitsemaansa apua sekä hoitoa hakeutuessaan palvelujen piiriin. (Holmberg ym. 2008: 14 - 15.)

Hoidon ammatillisessa toiminnassa, edellä kirjattujen samanaikaista hoitoa tarvitsevien potilaiden vakavien haasteiden edessä ei ole tilaa potilaan eriarvoiseen kohteluun ja

asenteisiin. Käytännön mielenterveys- ja päihdehoidossa vaaditaan hoitohenkilöstön toimintaohjeiden ja toimintamallien kehittämistä. Tärkeää on tunnistaa mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys, taitoa kohdata, ohjata ja hoitaa tätä potilasryhmää kokonaisvaltaisesti ja puuttua mahdollisiin ongelmiin ja tarvittaessa ohjata jatkohoitoon. (Holmberg ym. 2008: 16.)

Vorma – Aalto (2013: 2050.) sekä Suojarasmi (2009: 5.) kuvaavat artikkelissaan kuinka mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito tulisi järjestää niiden vakavuuden mukaisesti perus- ja erikoissairaanhoidon palveluja käyttäen. Erityistyöntekijät tunnistaisivat peruspalveluissa lievät ja yleiset päihdepsykiatriset liitännäisongelmat esimerkiksi alkoholin suurkuluttajan unihäiriöt, paniikkikohtaukset tai masentuneella potilaalla liiallisen alkoholin käytön. Vakavissa ongelmissa diagnostiikka ja vaativa hoito edellyttävät psykiatrian sekä päihdelääketieteen osaamista. Kaksoisdiagnoosi potilaan tulisi päästä hoitoon matalalla kynnyksellä koska heillä on usein vähäinen usko hoidon tarpeeseen sekä sen tehoon. Erityisesti tulisi hyödyntää potilaan mahdolliset päihdeettömät vaiheet esimerkiksi laitoshoidojaksot somaattinen- ja psykiatrinen hoito tai vankila päihdepsykiatrisen -arvioinnin, -tutkimuksen tai -hoidon aloittamiseen.

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi vaatii erityisosaamista jonka toteuttamiseen tarvitaan asianmukaista konsultaatio mahdollisuutta, koulutusta, työnohjausta sekä moniammatillisen työryhmän ja verkoston tukea. (Havio ym. 2008: 202; Brousselle ym. 2010: 212 - 223.)

Mielenterveys- ja päihdetyötä määrittävät lait ja antavat kunnille laajan itsemääräämiskeuden palvelujen järjestämiseksi. Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaa lainsäädännön tasolla muun muassa kansanterveyslaki (1972/66), päihdehuoltolaki (1986/41), erikoissairaanhoidolaki (1989/1062), mielenterveyslaki (1990/1116), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisien vieroitus- ja korvaushoidon järjestämisestä eräillä lääkkeillä (33/2008). Lait määrittävät lisäksi sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeutta (2000/812) sekä potilaan asemaa ja oikeutta terveydenhuollossa. Päihdepalveluiden laatusuosituksissa (STM 2002) edellytetään, että jokaisella kunnalla on päihdestrategia osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Päihdestrategian sisältönä on mielenterveys- ja päihdeasioiden järjestäminen kunnassa niin, että ne toimivat laadukkaasti kuntalaisen parhaaksi. (Laitila – Järvinen toim. 2009: 6-7.)

Julkinen sektori toteuttaa kuntien järjestämänä päihde- ja mielenterveyspalvelut ja täydentää niitä hankintalain mukaisesti kilpailutuksella jotka perustuvat neuvottelumenettelyyn, ostopalvelusopimuksiin ja suorahankintaan. Yhteistyötä tekevät kunnat voivat muiden kuntien kanssa perustaa yhteistoimintaorganisaatioita esimerkiksi muiden kuntien, kolmannen sektorin, järjestöjen ja sairaanhoitopiirin kanssa. (Suojasalmi 2009: 5.)

Eri sektoreille jakautunut hoitojärjestelmä sosiaali- ja terveydenhuollossa tuo omat haasteensa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon järjestämiseen. Päihdehuollossa mahdollisuus tunnistaa ja hoitaa mielenterveyden ongelmia on enimmäkseen heikkoa ja psykiatrinen järjestelmä puolestaan katsoo diagnostiikan ja hoidon tehtäväkseen vasta sen jälkeen, kun potilaan päihdehaaste on saatu hallintaan. Mikäli potilaalla on mahdollisuus samanaikaiseen hoitoon psykiatrisessa sekä päihdehoidossa joutuu hän itse usein huolehtimaan hoitonsa kokonaisuudesta (Vorma – Aalto 2013: 2049; Suojasalmi 2009: 4-5.)

### 2.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi

Päihteiden käyttö altistaa psyykkisille oireille ja aiheuttaa mielenterveyden ongelmia ja psyykkiset oireet saattavat altistaa päihteiden käytölle. Lääkkeitä joita käytetään riippuvuuden hoidossa voivat myös aiheuttaa riippuvuutta. Psyykkisten oireiden ja riippuvuuden hoitoon käytettävät lääkkeet saattavat myös aiheuttaa riippuvuutta, joten yhteistyö päihde- ja psykiatrisessa hoidossa on tarpeellista. (Käypähoito 2009.)

Entä kuinka potilaita on hoidettu? Holmberg ym (2008: 16.) kirjoittavat kuinka potilaiden kliinisissä hoitotilanteissa usein pohditaan kaksoisdiagnoosin syntymalleja. Kaksoisdiagnoosin tunnistaminen ja hoitaminen helpottuu, mikäli potilaat jaotellaan karkeasti ryhmiin alla esitetyllä tavalla. Potilaita joilla, on

1. ensisijainen mielenterveysongelma jota seuraa päihteiden käyttö
2. ensisijainen päihteiden käyttö, jota seuraa mielenterveyden ongelmat
3. toisistaan riippumattomia mielenterveyden ongelmia ja päihteiden väärinkäyttöä
- 4.taustatekijöitä joiden altistuksen vuoksi sekä päihteiden käyttöä että mielenterveysongelma (esim traumaattinen kokemus).

Edellisessä kappaleessa on määritelty kaksoisdiagnoosin syntymalli, jossa jaottelut kuvataan pikemmin palveluiden järjestämisen malleiksi kuin hoitomalleiksi. Jaottelu luokat eivät myöskään ole toisiaan poissulkevia.

Samanaikaista päihde- ja mielenterveysongelmaa sairastavat potilaat tarvitsevat monenlaisia joustavia hoidollisia lähestymistapoja, joista mikään hoitomalli ei ole osoittautunut toistaan paremmaksi. (Holmberg ym. 2008: 16; Brouselle – Lamothe – Sylvain – Foro – Perreault 2010: 212 - 223).

Vallitsevana hoitomallina kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa on ollut eri sektoreille eroteltu jaksottaisen ja rinnakkaisen hoidon malli, joissa molemmissa on kaksi erillistä hoitotahoa. Jaksottaisessa mallissa potilaan hoitoa kuvataan hoitamalla ensin toinen ongelma esimerkiksi päihdeongelma päihdekllinikalla, kun hoidossa on päästy riittävän hyvään hoitotulokseen eli päihdeongelma on stabilisoitunut, aloitetaan potilaan psyykkisen ongelman hoito, esimerkiksi masennus psykiatrian poliklinikalla. Rinnakkaisen hoidon malli taas kuvataan hoitona, jossa potilaan kummallekin ongelmalle on oma erillinen hoitotaho samanaikaisesti. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon integrointia pidetään tämän ajan uutena hoitomuotona, jossa sama yksikkö ja/tai moniammatillinen tiimi hoitaa integroidusti eli samanaikaisesti potilaan molempia ongelmia. Vaikeimmissa kaksoisdiagnoosiongelmissa erityisesti arvioidaan potilaalle tarve hoitoon integroidusti. (Aalto 2007: 1295 - 1296; Terä 2001:10; Holmberg ym. 2008: 20 – 21; Vormaa – Aalto 2013: 2049.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tavoite on olla integroitua ja järjestelmällistä sekä hoidossa on tarpeen joustaa potilaan ongelmien mukaan. Tällöin potilas kohdataan monimuotoisemmin haasteineen. Integroitua, joustavaa ja moniammatillista hoitoa pidetään jaksottaista ja rinnakkaista hoitomuotoa verrattuna parempana toimintamallina, koska se saattaa sitouttaa potilaan paremmin hoitoon eikä palveluita tarjota samanaikaisesti päällekkäin. Kansanterveydellinen, -taloudellinen ja tehokas hoito toteutuu, kun se kiinnittää potilaan hoitoon, hoito perustuu tieteelliseen näyttöön ja henkilöstön osaamisen. Säännöllinen hoidon seuranta ja hoitohenkilöstön koulutus vahvistaa laadukkaan hoidon, joka auttaa henkilöstöä jaksamaan sekä vähentää henkilöstön vaihtuvuutta yksikössä. (Havio – Inkinen – Partanen 2008: 200; Holmberg ym. 2008: 200; Brouselle – Lamothe – Sylvain – Foro – Perreault 2010: 212 – 223; Stenius 2009: 211.)

Mielenterveyden- ja päihdeongelmista kärsiville potilaille on kehitelty hoitomalleja, joiden on osoitettu toimivan hoitoyksiköissä, joissa niihin on perehdytty. Hoidon olisi yksilöllisesti suunniteltua, asteittaisesti etenevää, tarpeeksi kattavaa ja kokonaishoidossa hyödynnetään sekä mielenterveys- ja päihdetyön osaamista. Potilaan hoitomallit voivat sisältää esimerkiksi laitoshoidon, jonka yhteydessä toteutuu suunnitelmallinen päihdeinterventio tai avohoidossa toteutuvaan tiiviiseen moniammatillisen potilasta tiiviisti

seuraavan yksilö- tai ryhmäavohoitomallin. (Drake – Mueser – Brunette – McHugo 2004: 360 - 361.)

Potilaan alkoholin ja / tai rauhoittavien runsas käyttö estää muun lääkehoidon, psykoterapiasta saadun vasteen, esimerkiksi ettei ahdistus ja/tai masennusoireet helpotu hoidon edetessä. Psykykinen oireilu on usein vaikeampaa kaksoisdiagnoosipotilailla kuin niillä joilla ei ole päihdeongelmaa. (Päihdelinkki 2014.)

Päihderiippuvuus ja primaarinen mielenterveydenongelma on oirekulultaan syklinen ja tarvitaan riittävän pitkä päihtetön jakso, jotta voidaan varmistua psykiatrisen oireen olemassaolosta ja laadusta. (Vorma – Aalto 2013: 2083.) Käypähoito (2011) suosituksessa todetaan, ettei psykiatristen ongelmien hoito saa vastetta, mikäli päihdeongelma on akuuttina. Tarvitaan jopa neljän viikon päihtetön jakso, jotta voidaan varmistaa mahdollinen psykiatrinen ongelma.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa pidetään haasteellisena työnä ja sen toteutumiseen tarvitaan työryhmä joka on perehtynyt päihde- sekä mielenterveysongelmien arvioon, tutkimiseen ja hoitoon integroidusti. Arvio ja hoito voi olla monitahoista, mutta hoidon toteuttaminen tulisi olla suunnitelmallista. Samanaikaisia oireita arvioidaan kokonaisuutena ja hoidetaan samanaikaisesti. Hoito toteutuu potilaslähtöisesti ja potilasta motivoi. Tehokkain hoito saavutetaan silloin, kun huomioidaan potilaan kokonaistilanne sekä päihde- että mielenterveysongelman osalta. Näin toimimalla vähennetään hoidon katkeamisen riskiä, esimerkiksi hoitopaikan vaihtuessa tai jatkohoitoon siirtyessä. (Aalto 2007: 1296; Vorma – Aalto 2013: 2083; Lindholm – Luoto – Koivukangas – Kampman 2013: 2061.)

Suomessa on meneillään kunta- ja palvelurakennemuutos joka johtanut palvelujärjestelmien uudelleenorganisointiin. Tavoitteena on saada kustannustehokkaita ja toimivia ratkaisuja muun muassa eri palvelujen integraatiosta. Palvelujen integroinnilla tavoitellaan myös resurssien tehokasta käyttöä ja päällekkäisyyttä palvelutuotannossa. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota on vauhdittanut kansallinen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli) toimenpide-ehdotuksineen. Kansainvälisen tutkimuksen näyttö integroitujen päihde- ja mielenterveyspalveluiden vaikuttavuudesta ei ole ristiriidatonta. Suomalainen palvelukenttä tarjoaa hyvät mahdollisuudet tutkia kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integraatiota, sillä heille tarkoitettuja palveluita järjestetään paikallisesti monin eri tavoin. (THL: 2014.)

Palveluiden integraatio on käsitteenä moniulotteinen. Se on vaikeasti rajattavissa ja sen pääällimmäinen tulkinta riippuu paikallisen palvelujärjestelmän historiasta. (Stenius – Kekki - Kuussaari – Partanen 2012: 169). THL: n ja Suomen Akatemian rahoittamassa vertailevassa tutkimuksessa ”Integraation vaikutukset päihde- ja mielenterveyspalveluissa” tutkija Tuukka Tammen työryhmä tutki suomalaisten kuntien päihdepalveluhoitojärjestelmiä. Tutkimuksessa perehdyttiin kahdeksan suomalaisen kunnan tuottamaan päihdehoitojärjestelmään ja huomattiin, että jokaisessa kunnassa oli erilainen järjestelmä vaikka kysyttäessä palvelujärjestelmästä kunta informoi olevansa integroitunut tai ei-integroitunut. Työryhmänsä tuloksissa Tammi kuvasi integraatiota hedelmällisenä jatkumona, jonka ääripäissä ovat päihde- ja mielenterveyshoidon täysi erillisyyys tai täysi yhteisyys. THL:n Tuukka Tammen kirjoittamassa raportissa integraatio jaetaan palvelu- ja järjestelmäintegraatioon. (Tammi 2013: 24.)

### 2.3.1 Palveluintegraatio

Palveluintegraatio tarkoittaa Rush – Fogg – Nadeau - Furlong (2008: 4.) mukaan että asiakas saa samanaikaisesti tai vaiheistetusti hoitoa sekä päihde- että mielenterveysongelmiinsa. Hoito toteutetaan tiimissä, jolla on yhteinen hoitofilosofia. Palveluintegraatio ei välttämättä edellytä yhteistä hallinnollista järjestelmää. Se voi olla järjestelmien yhteistyön tulosta ja konkreettinen toiminta saattaa tapahtua fyysisesti eri paikoissa

Toiminnallisessa palveluintegraatiossa ohjaavana on yhtenäinen hoitosuunnitelma, jonka toteuttamisesta vastaa yhteinen hoitotiimi. Palveluintegraatio on siis ennen kaikkea moniongelmaisille kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattua. Hoitoa toteutetaan usein tiimissä joissa on yhteinen hoitofilosofia, muttei se välttämättä edellytä yhteistä järjestelmää eikä toteutukseen vaadi fyysisesti samaa tilaa. (Stenius – Kekki – Kuussaari – Partanen 2012: 169 - 170.)

### 2.3.2 Järjestelmäintegraatio

Järjestelmäintegraatiolla tarkoitetaan yksilön pääsyä palveluihin vahvistamalla päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteistä hoitopolitiikkaa, ohjaamalla resursseja sekä seuraamalla aktiivisesti toimintaa ja sen vaikutuksia. Järjestelmätason integraation sisällä on variaatiota ja sen tavoitteet ja tarkoitus saattavat vaihdella. Kustannustehokkuus, suunnitelmallisuus ja laatutakuu ovat kuitenkin elementtejä, jotka usein löytyvät järjestelmätason integraation taustalta. (Rush – Fogg – Nadeau - Furlong 2008: 4.)

Järjestelmäintegraatiolla tarkoitetaan miten mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat sijoitettuna kunnan palvelurakenteeseen ja niissä käyttävät resurssit ovat samassa budjetissa. Palveluilla on yhteinen paikallinen poliittinen ohjaus ja hoitoa ohjaa yhteinen periaate ja tavoite. Lisäksi yhteistyön toimii niin, että hoitoketjut ovat mahdollisimman katkeamattomia ja lähetekäytännöt joustavia. Olennaista on myös, että palvelut fyysisesti sijaitsevat lähellä toisiaan. Hoitopolitiikkaa, toteutetaan siis järjestelmällisesti sekä seurataan toimintaa ja sen vaikutuksia. Kustannustehokkuus, suunnitelmallisuus ja laatutakuu ovat asioita jotka usein löytyvät järjestelmäintegraation taustalta. (Moring – Bergman - Nordling – Markkula – Partanen - Soikkeli (toim.) 2013: 24; Stenius – Kekki – Kuussaari – Partanen 2012: 169 - 170.)

## 2.4 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroitu toteutuminen Suomen kunnissa

Tammen (2013: 23 - 28) työryhmä teki tässä opinnäytetyössä käytettävällä DDCAT-mittarilla haastatteluja viidessä kaupungissa: Espoossa, Imatralla, Jyväskylässä, Kotkassa ja Vantaalla. Kussakin kunnassa DDCAT-mittarin kysymyksiin vastattiin kunnan päihdepotilaan avohoidon yksikköä koskien. Tutkimuksen alkuvaiheen tavoitteena oli kuvata hoitopolitiikan tasolla miten päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio tarkemmin syntyy: miten se on kyseisessä kunnassa alkanut ja kuinka se on toteutettu. Toisessa vaiheessa oli tavoitteena selvittää, eroavatko integroidut ja ei-integroidut järjestelmät niiden kyvyssä tunnistaa erilaisia päihdeongelmia. Vastaavatko integroidut järjestelmät päihdeongelmista aiheutuvaan palveluntarpeeseen asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti? Tutkimuksella pyrittiin siis saamaan vastauksia siihen, toimivatko integroidut palvelut tasa-arvoisemmin, taloudellisemmin ja tehokkaammin kuin ei integroidut palvelut – Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mieli-suunnitelman olettamalla tavalla.

Tammi (2013: 23 – 28.) kuvaa tutkimuksessa DDCAT- mittarin olleen luonteeltaan normatiivinen: se lähtee oletuksesta, että päihdehoito olisi kykenevä hoitamaan myös mielenterveysongelmia. Hän kertoo, että haastatteluiden alkuun haastateltaville korostettiin, ettei kaikkien päihdehuollon yksiköiden tarvitse olla mm resurssisyistä, erikoistuneita kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. Haastatteliijoille jäi haastatteluista vaikutelma, että vastaajat toistuvasti yrittivät löytää perusteita korkeamman pistetason vastauksille, vaikka alemmat pisteet olisivat ensin vaikuttaneet oikeilta. Tästä näkökulmasta tulosten (keskiarvojen) voidaan arvella olevan pikemmin ylä - kuin alakanttiin, toisaalta jokaisessa kaupungissa jokaista kysymystä pohdittiin ja vastauksesta neuvoteltiin usean ihmisen

voimin ja usein pitkäänkin. Tutkija Tammi korostaa DDCAT -mittarilla suoritettavan tiedonkeruun koeluontoisuutta: vastaukset saattavat vielä muuttua jatkopohdintoissa ja uusien haastateltavien myötä, koska monessa kunnassa integraatio järjestelmänä on lähes jatkuvassa muutoksessa, joten pisteytykset ovat siksikin vain vastausajankohtaa kuvaavia. Tuloksiin voi suhtautua suuntaa-antavasti.

Viiden kunnan DDCAT-luokitukset näkyvät alla olevasta kuvasta.

Taulukko 1. Viiden tutkimuskunnan DDCAT-luokitukset

OSIO	JYVÄSKYLÄ (I)	VANTAA (E)	ESPOO (I)	KOTKA (E)	IMATRA (I)
1. Yksikön tehtävän-määrittäminen	3,75	4	4-4,5	3,25	2,5
2. Yksikön toiminta-alue	4,5	3-3,5	4	3,5	3-3,5
3. Hoito: arviointivaihe	4	3,4	2,9-3	3-3,4	3-3,3
4. Hoito: toteutus	3,7-3,9	3,1-3,3	2,6	3,1-3,3	3,4-3,7
5. Hoito: jatkuvuus	3,4	3,8-4,2	3,2-3,4	3,4-3,6	3,8-4,2
6. Henkilöstö	4,5	4,25	2,5	3,5-4	3,75-5
7. Koulutus	3,5	2,5	1,5	2-2,5	2-2,5
KOKONAIS-LUOKITUS (KAKSOIS-DIAGNOOSIKYKY; DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY)	DDC/DDE (3,5-4,49)	DDC/DDE (3,5-4,49)	AOS/DDC (2-2,99)	DDC (3-3,49)	DDC (3-3,49)

I=integroitu, E=ei integroitu

AOS=addiction only services eli "vain addiktiohoitopalvelu"

DDC=dual diagnosis capable eli "kykenevä kaksoisdiagnoosihoitoon"

DDE=dual diagnosis enhanced eli "erikoistunut kaksoisdiagnoosihoitoon"

28 /190

Kuvio 1. DDCAT-luokitukset viiden tutkimuskunnan osalta, kuva THL: n työpaperista 15/2013: 26

Tulokset ovat taulukossa sekä osioittain että kokonaisluokituksina. Kokonaisluokituksista on tarkoituksellisesti jätetty numeraaliset keskiarvot pois, koska tulokset olivat tutkijoiden näkökulmasta lähinnä suuntaa-antavia keskustelun herättäjiä.

Tammi (2013: 23 – 28.) nostaa esiin joitakin yksityiskohtia mittarin osioista ja kysymyksistä jotka aiheuttivat eroja yksiköiden pisteissä. Erityisesti kohdissa joissa DDCAT-mittarin tuottamat tulokset menevät ikään kuin "väärin päin". Mitkä tekijät selittävät sen, että erillispalvelu saa korkeamman luokituksen kuin integroitu hoitoyksikkö? Yleisesti voi-



daan kuitenkin todeta, että kaikkien yksiköiden kyky hoitaa päihdeasiakkaiden mielen-terveysongelmia on hyvä. ”Kykykriteerit” siis pääosin täyttyivät huolimatta siitä, onko yksikkö muodollisesti eli järjestelmätasolla integroitunut vai ei.

Korkeimmat pisteet sai Jyväskylä, joka on myös muodollisesti integroitunut. Jyväskylässä päihdehoidosta vastaa sen ostopalveluna tuottava Sovatek-säätiö, jolle tilaajana toimiva sairaanhoitopiirin aikuispsykiatria on antanut laajat valtuudet hoitaa potilaidensa psykiatrisia oireita. Sovatekin lääkärit diagnosoivat mielenterveysongelmia ja aloittavat niihin lääkityksiä itsenäisesti. Henkilökunta on terveydenhuollollisesti painottunut. Niin kutsuttuja vertaisia ja kokemusasiantuntijoita on Sovatekissa mukana sekä hallinnossa että toiminnassa; DDCAT mittarissa on useita tähän liittyviä kysymyksiä, joita tuottivat yksikölle niin sanottuja integroidun hoidon kykypisteitä. Tammi (2013: 23 – 28.)

Melkein yhtä korkeat pisteet kuin Jyväskylä sai toisaalta Vantaa, joka hallinnollisesti edustaa erillispalvelujärjestelmää. Vantaan kaupungissa psykiatrisesta hoidosta vastaa sairaanhoitopiirin psykiatria, päihdehuollon ja HUS: in psykiatrian välillä on kuitenkin toimivat yhteistyökäytännöt: työntekijät ovat suoraan yhteydessä toisiinsa, ja sopivat siitä, kuka hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaat ja missä järjestyksessä heidät hoidetaan. Päihdehuollon avoyksikössä myös tehdään mielenterveyden diagnooseja ja aloitetaan lääkityksiä. Tämän mahdollistavat päihdehuollossa hyvät lääkäriresurssit, joihin kuuluu psykiatri. Tammi (2013: 23 – 28.)

Vantaan kanssa lähes yhtä korkeisiin pisteisiin ylsivät erillisjärjestelmä Kotka ja integroitunut Imatra. Kotkassa on pyritty suunnitelmallisesti kehittämään päihdehuollon omaa psykiatrista osaamista. Sairaanhoitopiiri lähettää kaksoisdiagnoosiasiakkaita A-klinikalle ja mielenterveysosaamisen tarvetta on lisännyt osaltaan se, että kunnan oma mielenterveystoimisto on kärsinyt resurssipulasta/lääkäreiden rekrytointivaikeuksista. Pienimmille DDCAT -pisteille jäi koetäyttökierroksella hieman yllättäen Espoon avohoitoyksikkö Emppu, jossa päihde- ja mielenterveyspalvelut on integroitu sekä järjestelmä- että palvelutasolla: sille kuuluvat päihdeongelmien lisäksi lievien ja keskivaikeiden mielenterveysongelmien hoito, joten potilaskunnassa on myös ei-päihdeongelmaisia mielenterveysasiakkaita. Tammi (2013: 23 - 28.) arvioi keskeiseksi selitykseksi Espoon jääneen DDCAT mittarin pisteytyksessä muita matalammalle tasolle, koska haastatteluajankoh- tana Espoon Empussa ei työskennellyt yhtään lääkäriä. DDCAT mittarissa on useita

diagnostiikkaan, lääkityksen määräämiseen ja psykiatrian erityisosaamiseen liittyviä kysymyksiä, joista pisteet jäivät vääjäämättä alhaisiksi, jos yksikössä ei työskentele lääkäriä.

Pohdinta osuudessa Tammi (2013: 28.) kirjoittaa, että artikkelissa tarkasteltiin yhdysvaltalaisen DDCAT-mittarin käyttökelpoisuutta Suomessa ja arvioitiin päihdehuollon avohoitoyksiköissä kykyä hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita integroidusti. Mittaria testattiin viidessä kaupungissa ja yleisesti ottaen kaikkien viiden päihdehuollon yksikön kyky hoitaa päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia on melko hyvä tai hyvä. Hän arvelee Suomalaisen päihdehuollon olevan yleisesti ottaen ammatillisempi ja terveydenhuollollisemmin painottuneempi kuin yhdysvaltalaisen päihdehoitojärjestelmän, jota vasten tuloksia on syytä peilata. DDCAT mittarissa on myös muutamia kysymyksiä, jotka eivät ole kovin relevantteja Suomessa.

Merkityksellisenä havaintona Tammi (2013:28.) pitää, että viiden kaupungin avohoitoyksiköiden kyky vastata integroidusti kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin ei riippunut siitä, oliko integraatiota tapahtunut järjestelmätasolla vai ei. DDCAT -mittarissa painottuivat tietyn tyyppiset seikat, jotta päihdehuollon yksikkö sai ”riittävät pisteet” ja kyky hoitaa integroidusti potilaita täyttyi. Pisteitä nosti esimerkiksi yksikössä oleva psykiatri (kysymykset psykiatrisesta erityisasiantuntijuudesta, diagnostiikasta ja vaativien mielenterveysongelmien hoidosta) tai muu lääkärityövoima (kysymykset psyykelääkityksen määräämisestä ja seurannasta yksikössä) myös mielenterveyteen liittyvä kokemusasiantuntija toiminnan rooli painottuu mittarissa. Lisäksi auttoi jos mielenterveyshoidon osuus toiminnassa on riittävästi dokumentoitu. Tutkimuksessa tärkeä seikka oli, että haastatteluiden perusteella missään tutkimuskaupungissa päihde- ja mielenterveysongelmien limittymistä ei kyseenalaistettu. Integroidun hoidon tärkeydestä oltiin kaikkialla yhtä mieltä ja silti kliinistä integraatiota ei erillisjärjestelmissä pidetty välttämättömänä. Katsottiin, että mielenterveysongelmia voidaan hoitaa myös erillisjärjestelmissä.

Tammen raportissa (2013: 23 - 28.) DDCAT-mittarin antamat tulokset viittasivat siihen, että päihdeasiakkaiden mielenterveysongelmia voidaan hoitaa monenlaisin järjestelyin. Jaksottainen ja kliinisesti integroitu malli voi toimia, toisaalta nämäkin saattavat usein limittyä. Tammi arvelee, että tutkimuskäytössä DDCAT-mittariin on suhtauduttava ei-eksaktina välineenä. Monet vastauksista olivat varsin neuvottelunvaraisia ja vaihtelivat vastaajasta riippuen. Mittarin tutkimuksellista käyttöä voi hyödyntää hoitojärjestelmän kehittämisessä, mittari nimittäin koettiin kunnissa mielekkääksi kehittämisen välineeksi.

## 2.5 Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin kehitys Helsingin kaupungin päihdepalveluissa

Päihdehuollon kannalta yhteinen mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteinen kehittäminen ja integraatio merkitsevät suuria muutoksia. 1930-luvulta saakka on päihdehuolto Suomessa ennen kaikkea sosiaalihuoltoon ja Suomessa kuvataan kansainvälisesti katsoen laaja päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä. Sosiaalipalvelupainotteinen palvelujärjestelmä kätkee sisälleen vielä ei-julkisen palveluntuottajien vahvan aseman. Yli puolet päihdehuollon erityispalveluista on ei-julkisten toimijoiden tuottamia. Toisaalta integroitumistavoitteet ja ovat osin sellaisia, joita päihdehuollossa on aiemmin tavoiteltu. Vuoden 1986 annetussa päihdehuoltolaissa erityispalveluiden kohdassa kirjataan lähtökohdaksi omaehtoinen hoitoon hakeutuminen ja avohoitoon painottuva palvelujärjestelmä. (Stenius ym. 2012: 168.)

Helsingissä on edetty vaiheittain kohden integroituja päihde- ja mielenterveyspalveluja. 1990 – luvulla samanaikaista hoitomallia ja yhteistyötä rakennettiin terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston yhteistyönä, palveluintegrointina. Yhteistyössä rakennetussa hoitomallissa pyrittiin parantamaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon sekä palvelun laatua ja luomaan tehokkuutta. Sittemmin 2000-luvulla, ”kaksoisdiagnoosi-hankkeen” myötä kuntalaista pystyttiin auttamaan psykiatrian poliklinikalla hoitamalla potilaan kahta ongelmaa samanaikaisesti yhdessä paikassa. Hanketta lähdettiin toteuttamaan Mieli 2009 – toimenpide ohjelman linjauksen mukaisesti, jonka tärkein tavoite on vahvistaa perusterveydenhuoltoa siten, että siellä pystytään vastaamaan entistä paremmin mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeeseen ja tarjoamaan apua ”yhden oven periaatteella”. Hanke sai jatkoa ”Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä” vuosille 2010 - 2012 saadun rahoituksen turvin toteutettiin rakenteellinen muutos, jossa sosiaaliviraston A-klinikan ja sosiaaliaseman palvelua sai omalta terveysasemalta. Samanaikaisesti kehitettiin terveysasemien toimintaa siten, että tarjolla on myös erikoissairaanhoidon palveluja. (Karppinen 2010:16 - 17.)

Hankkeen kautta terveysasemalle siirtyi päihdetyöntekijöitä, jotka olivat sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneita ammattilaisia sosiaaliterapeutteja ja sairaanhoitajia. He saivat taustatukea psykiatrian poliklinikoilta sekä A-klinikoilta. Vuonna 2012 alkoi valmistelu Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden yhdistymisen tiimoilta. Suunniteltaessa yhteistä organisaatiorakennetta ja yksikkömallia oli tarjolla useita vaihtoehtoja sekä johtamismallit herättivät keskustelua. Muutosprosessissa järjestettiin muutosfoorumia

henkilöstölle jossa pohdittiin työn sisältöä sekä tutustuttiin ammattiryhmiin. Mitä tekee sosiaaliterapeutti A-klinikalla entä mitä tarkoittaa psykososiaalinen tuki sisältöineen, kun puhutaan A-klinikan asiakkaasta. Onko meillä jatkossa asiakkaita vaiko potilaita? Vuoden 2013 alussa alueelliset psykiatria- ja päihdekeskukset perustettiin yhdistämällä psykiatrian ja päihdehuollon avopalveluita ja saman vuoden aikana rakennettiin yhtenäinen asiakaslähtöinen psykiatria- ja päihdekeskuksen toimintamalli, perustuen Mieli 2009 -ohjelman toimeenpanolle. Toimintamallin tavoitteena on potilaan hoito yhden oven kautta eli integroitu päihde- ja psykiatrinen arvio- ja hoito, vahvistaa ja hioa yhteistyötä työjakosopimuksen mukaisesti HUS:n, nuorisoseuran sekä kolmannen sektorin kanssa. Integroidut työmallit ja – kuvaukset päivitetään, täydennyskoulutusta järjestetään henkilöstölle ja työtä kehitetään. (Saarela 2013.)

Helsingissä on ollut päihdepoliklinikoilla vallitsevana käytäntönä jaksoittaisen tai rinnakkaisen hoidon mallit päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivän potilaan hoidossa. Yhteistyötä A-klinikan, nykyisin päihdepoliklinikan ja psykiatrianpoliklinikan välillä on ollut vaihtelevassa määrin ja potilaskohtaisesti sekä paljolti riippuen kunkin alueen ja klinikan sisäisistä ohjausjärjestelmistä, klinikan fyysisestä sijainnista sekä hoitohenkilöstön erilaisista intresseistä tiedoista ja taidoista luoda yhteistyötä.

Käytännössä päihdepoliklinikan näkökulmasta potilaan hoidontarpeen arvio ja hoito alkaa potilaan hakeutuessa kokemissaan päihdehaasteissa esimerkiksi päihdepoliklinikan VIA, eli vastaanotto ilman ajanvarausta eli matalankynnyksen vastaanottoon. Tämän tyyppinen matalankynnyksen palvelu on käytössä neljällä ilman suunnalla (pohjoinen, itä, länsi, etelä) Helsingissä. Päihdehoidon aikana, päihdeongelman väistyessä, saatetaan todentaa että potilaalla on vaikeaan masennukseen viittaavia oireita ja hänet ohjataan psykiatrian poliklinikalle masennuksen hoitoon. Hoitoa on toteutettu rinnakkaisesti eli toisaalta samanaikaisesti ja molempia oireita erillisenä sairauksina sekä kahdessa erillisessä yksikössä. Hoidon integroitua hoidon arviointi, toteutus, seuranta ja jatko-hoito tapahtuisivat samanaikaisesti samassa yksikössä.

Vuosikymmen ja tuhat on vaihtunut, nyt Helsingissä, kaupungin psykiatria- ja päihdekeskuksissa siis tavoitteena toteuttaa kaksoisdiagnoosipotilaan hoito integroiden. Toteutuuko hoito integroinnin hengessä ja saako potilas hoitoa kokonaisvaltaisesti ”saman oven kautta” vai putoaako potilas hoitojärjestelmän ulkopuolelle kaksoisdiagnoosi haasteineen.

## 2.6 Opinnäytetyön konteksti

Päihdepoliklinikat Helsingissä tarjoavat päihde- ja mielenterveyspalveluja kaupungin aikuisväestölle. Palvelut ovat käytettävissä täysi-ikäisille potilaille / asiakkaille, jotka toivovat muutosta päihteiden käyttöön ja muihin riippuvuusongelmiin, myös ennaltaehkäisevästi ja kriisitilanteissa. Lähiomaiset ovat tervetulleita ja tarvittaessa kutsutaan apua hakevan potilaan mukaan hyvän hoidon onnistumisen tueksi. Päihdepotilaan lähiomaiset saavat myös tukea omaan jaksamiseen sairastuneen potilaan rinnalle. Päihdepoliklinikalla hoito ja kuntoutus perustuvat vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Tärkeä osa hoitoa on potilaan vahvistaminen, motivoiminen oman hoitonsa asiantuntijaksi. Potilailla on mahdollisuus valita millä päihdepoliklinikalla hän asioi. Helsingissä ”neljällä ilmansuunnalla” on psykiatria ja päihdekeskuksen alaisuudessa toimiva päihdepoliklinikka. Potilaan hoitoon kiinnittyminen ja hoito vahvistuvat, kun potilas asioi valitsemallaan klinikalla koko hoitosuhteen ajan. Mikäli hoidon aikana ilmaantuu tarve hoitopaikan vaihtoon (esimerkiksi muutto) se edellyttää yhdessä järjestettävää hoidonsiirtoa ja yhteistä hoitoneuvottelua. Poikkeuksena ovat päihdepoliklinikoilla järjestettävät ryhmät, joita voi vapaasti käyttää hoitopaikasta riippumatta. (Helsingin Kaupunki 2015.)

Psykiatria ja Päihdekeskuksissa päihde- ja psykiatrasta hoidon integrointia on pyritty edistämään Helsingin kaupungin strategiaohjelman mukaisesti kehittämällä toiminnan rakenteita ja prosessia, jotta potilaan niin psykiatriset - kuin päihdehaasteet huomioidaan kokonaisvaltaisesti poliklinikalla potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidossa. Tällä tavoin on päihdepoliklinikalla pyritty palvelemaan potilasta joustavasti niin, että fyysisesti yhdessä kuin eri tiloissa toimiva psykiatria- ja päihdekeskus kykenee arvioimaan, hoitamaan ja kuntouttamaan potilasta mahdollisimman monitasoisesti sekä moniammatillisesti hänen päihde- ja mielenterveys problematiikassa.

Psykiatria- ja päihdekeskuksien arvioitavissa päihdepoliklinikoilla on henkilöstöllä laajaa osaamista ja monimuotoinen koulutustausta. Ammattinimikkeinä on mm ohjaaja, sairaanhoitaja, sosiaaliterapeutti, sosiaaliohjaaja, sosiaalityöntekijä, psykologi, lähihoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Potilaan vastuutyöntekijäksi pyritään valitsemaan potilaan hoidon tarpeen mukaisesti työntekijä(t), jotta myös työntekijän koulutustaustaa ja osaamista voi hyödyntää potilaan hoidossa optimaalisesti. Integroitua hoitoa on pyritty kehittämään ja strategisia linjauksia esitelty polikliinisen toiminnan rakenteessa olevissa henkilöstökokouksissa, jotta integroidun toiminnan tärkeys vahvistuu ja syvenee toiminnassa.

Tässä työelämälähtöisessä opinnäytetyössäni arvioin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointia ja sen toteutumista päihdepoliklinikalla. Opinnäytetyö on osa Psykiatria- ja päihdekeskuksen päihdepoliklinikan kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin kehittämistyötä. Lisäksi oma rooli sairaanhoitajana, ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijana ja psykiatria- ja päihdekeskuksen lähiesimiehenä kannustaa kriittiseen ajatteluun sekä kehittämään hoidon integraatiota palvelumuotona potilaslähtöiseksi, laadukkaaksi ja yhteiskunnallisesti sekä taloudellisesti kannattaviksi.

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys**

Tarkoitus oli arvioida kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin toteutumista päihdepoliklinikalla. Tavoitteena on saada tietoa hoidon integroinnin kehittämiseksi päihdepoliklinikalla.

Miten toteutuu kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi päihdepoliklinikalla?

### **4 Opinnäytetyön menetelmät**

#### **4.1 Aineistonkeruu menetelmä**

Tässä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä käytän aineistonkeruussa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin mittaukseen ja arviointiin kehitettyä Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment-mittaria (DDCAT). Aineistonkeruu tapahtuu haastattelemalla moniammatillista henkilöstöä käyttäen DDCAT- mittarin strukturoitua kysymyslomaketta. Mittarin kysymysten avulla henkilöstö pisteyttää päihdepoliklinikan integroidun toiminnan ja toiminnan rakenteet. Lisäksi aineistoa on tarkoitus analysoida niin, että saadaan haastattelujen ja pisteytyksen perusteluista vahvistusta asioille joilla voidaan kehittää integroitua päihde- ja mielenterveyspotilaan hoitoa.

DDCAT- mittari on kehitetty Robert Wood Johnson Foundation säätiön sekä Yhdysvaltain kongressin alaisessa Substance Abuse and Mental Health Services (=SAMHSA) organisaatiossa 2000-luvun alussa, Substance Abuse Policy Research tutkimusohjelmassa. Useissa Amerikan osavaltioissa sekä Kanadassa käytetään DDCAT- mittaria arvioidessa ja kehittäessä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa. (Addiction health services research 2014; Moring ym. 2013: 25 - 27; Stenius - Tammi 2013: 51.)

DDCAT-mittari on kehitetty päihdehoidossa tapahtuvaan kaksoisdiagnoosipotilaiden integroituun hoidon arviointiin. Mittari sisältää 35 kysymystä seitsemältä eri aihealueelta. Aihealueita ovat hoitoyksikön virallista tehtävää, asemaa, taloudellista ohjausta, yksikön toimintaa ja klinisiä hoitokäytäntöjä kuvaavat osiot. Mittaria on mahdollista käyttää myös seurantavälineenä kuvaamassa samanaikaisen hoidon kehittymistä. Mittarin 35 kysymystä käydään haastatteluun valikoidun kohdejoukon kanssa läpi ja ne pisteyttävät hoitoyksikön toiminnan ja käytännön hoidon integroinnin osalta.

DDCAT-mittarin ensimmäisen kysymyssarjan aihealue koskee hoitoyksikön virallista tehtävää, asemaa ja taloudellista ohjausta ja toinen aihealue yleisesti yksikön toimintaa. Näiltä kahdelta ensimmäiseltä osiolta on yhteensä kuusi kysymystä. Laajimmin DDCAT-mittari arvioi klinisiä hoitokäytäntöjä. Kolmannessa osiossa fokus on hoidon tarpeen arvioinnissa (assessment). Neljäs osio arvioi tarkemmin hoidon sisältöä, menetelmiä, perhenäkökulmaa, vertaisten käyttöä ja dokumentointia eli kirjaamista potilasjärjestelmiin (treatment) ja viidennessä osiossa arvioidaan hoidon jatkuvuutta (continuity of care) erityisesti päihdehoidon jälkeistä mielenterveyden hoidon jatkumoa. Nämä kolme osiota sisältävät yhteensä 22 kysymystä eli valtaosan DDCAT mittarin kysymyksistä. Kaksi viimeistä osiota ovat henkilökuntaa, kokemus asiantuntijoiden ja vertaisten käyttöä hoidossa ja henkilöstön koulutusta arvioivia, näitä kysymyksiä yhteensä seitsemän.

Mittaria on testattu, kehitelty ja se on ollut käytössä Suomessa THL: n Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kehittämishankkeessa tutkittaessa useammassa suomalaisessa kunnassa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitokykenevyyttä. (Moring ym. 2013: 25 - 27; Stenius - Tammi 2013: 51.)

Kuvaan opinnäytetyössä myös toimintaympäristöä ja – kulttuuria sekä integraation etenemistä helsinkiläisen päihdepoliklinikan näkökulmasta. Tausta-aineiston tietoperus-

tasta esille nousi psykiatrisen- ja päihdehoidon kulttuurillinen ja rakenteellinen ero. Integraation tavoitteena on vahvistaa matalankynnyksen integroitua kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa palveluissa. Miten tämä tavoite toteutuu arvioitavalla päihdepoliklinikalla?

#### 4.2 Aineistonkeruun toteutus

Tutkimuksen suunnitteluun, aineiston keruuseen, haastatteluun liittyen kirjoittavat Hirsjärvi – Hurme (2011: 65 - 66.) ettei tutkimuksen suunnittelu ei ole kertakaikkinen tapahtuma, vaan tutkimusprosessin edetessä se käsitellään aina uudelleen. Tutkimusta edeltävä suunnitelma on kuitenkin aina ensiarvoisessa asemassa, sillä hahmotellaan tutkimuksen tekemisen päälinjat ja keskeiset ratkaisut. Mikäli aineiston keruu tapahtuu haastattelun keinoin, pyritään saamaan sellainen aineisto, jonka pohjalta voi luotettavasti tehdä ilmiötä koskevia päätelmiä.

Tutkimuslupa myönnettiin kesäkuussa 2015, opinnäytetyö sai edetä suunnittelusta käytäntöön. Elokuussa 2015 pidin päihdepoliklinikan rakenteessa olevassa henkilöstökouksessa esittelyn opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Esittelyssä oli katsaus aiheeseen ja opinnäytetyön taustatutkimukset ja integraation tavoitteelliset linjaukset. Esittelin aineistonkeruuseen käytettävän DDCAT- mittarin. Tarkoitus oli edetä haastatteluihin ennen syksyä.

Tutkija tekee esihaastatteluja ja niiden avulla hankkia kuvaa haastateltavan kohdejoukon kokemuksista ja sanavalinnoista. Samalla testataan haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä, kysymysten muotoilua. Esihaastattelulla saadaan myös arviota haastattelun pituudesta ja siihen käytettävästä ajasta. (Hirsjärvi – Hurme 2011: 72.)

Ennen varsinaista haastattelua toteutin koehaastattelun elokuussa 2015, jolla testasin DDCAT- mittarin haastattelurungon pätevyyttä. Koehaastatteluun valitsin erään helsinkiläisen päihdepoliklinikan lähiesimiehen. Koehaastattelun tarkoituksena oli antaa kuvaa haastateltavaksi valitusta kohdejoukosta, saada arviota haastattelun pituudesta ja siihen käytettävästä ajankäytöstä. Haastattelijana arvioin haastattelun kestoajaksi noin 45 minuuttia -1,5 tuntia, joka piti hyvin paikkansa. Lisäksi esihaastattelu oli tarpeen jotta haastattelijalle saatiin haastatteluun varmuutta. Haastattelupaikaksi järjestyi häiriötön rauhallinen tila. Haastattelua ennen päädyin antamaan DDCAT kysymykset haastateltaville valmiiksi, jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun. Ennen haastattelua ja nau-



hoitusta kävimme niin sanotusti epäselvät kysymykset auki, jotta itse haastattelu ja nauhoitus tapahtuma pysyy selkeänä. Haastattelun seurauksena muotoilin ja täsmensin DDCAT-kysymyksiä päihdepoliklinikalle sopivaksi, muuttamatta kysymysten sisältöä. Kysymysten muotoilu on avattu liitteeseen (liite 3).

Alkuperäinen suunnitelma ryhmähaastattelusta muuttui, koska yhteistä haastatteluaikaa oli vaikea saada järjestymään. Haastatteluun arvottu henkilöstö vaihtui haastateltavaksi valikoituneen työntekijän sairastumisen vuoksi. Lisäksi muutoksia tapahtui työskentelemäni päihdepoliklinikan rakenteessa muuton tiimoilta, joka vaikutti haastattelujen siirtymiseen myöhäisempään ajankohtaan.

Varsinainen aineistonkeruu tapahtui syys-lokakuussa 2015 DDCAT- mittarilla yksilöhaastatteluina. Haastattelu tapahtui kunkin päihdepoliklinikan tiloissa haastatellen kohdejoukoksi valikoitunut henkilöstö. Haastateltavat ovat kolmen eri helsinkiläisen päihdepoliklinikan moniammatillista henkilökuntaa sekä lähiesimiehiä. Heiltä kysyttiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluun valikoituu lopuksi 4 henkilöä. Päädyin haastattelemaan hoitoalan sekä sosiaalialan koulutuksen saaneita henkilöitä, jotta moniammatillisuus haastattelussa huomioidaan sekä haastatteluun osallistuu lähiesimiesasemassa olevia henkilöitä. Haastateltavat saavat haastattelukysymykset ennen haastattelua, jotta saivat etukäteen perehtyä kysymyksiin. Haastattelun alkuun ja haastattelun aikana oli aikaa keskusteluun sekä selventäville kysymyksille. Opinnäytetyön pisteytyksen kootut perustelut annettiin haastateltaville luettavaksi ennen julkaisua, jotta haastatellut vahvistavat vastaustensa oikeellisuuden.

Henkilöstön suostumuslomake haastatteluun löytyy aineistosta, liite 2. Haastateltavien kanssa käytiin läpi DDCAT-mittarin kysymykset ja aihealueet, haastateltavat pisteyttivät kysymysten avulla päihdepoliklinikan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitokäytäntöjä ja toiminnan rakennetta. Haastattelut nauhoitettiin jotta aineistosta varmistetaan oikea pisteytys ja pisteisiin johtaneista vastauksista ja perusteluista saatiin koottua aineistoa analysoitavaksi.

#### 4.3 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi tapahtuu DDCAT-mittarin haastattelun, pisteytyksen ja haastatteluaineiston analyysillä. Haastateltavat pisteyttävän poliklinikan ko-

konaisuutta ja toimintaa sekä DDCAT -mittarin haastattelukysymysten tuottama pisteytys vahvistetaan aineistosta sisällönanalyysin periaatteita soveltaen eli tuotetaan mittarin pisteytyksen perustelujen analyysi. Tarkoitus on purkaa haastattelu, litteroida ja tarkastella pisteytykseen johtanut keskusteluaineisto tiivistäen, jotta aineiston yhtäläisyydet ja erot tulevat havaituksi. Haastattelu aineistosta on tarkoitus valikoida tutkimuksen ja tulosten kannalta oleelliset otokset. Haastattelujen litterointi tehdään kirjoittamalla nauhalta kuunnellut tekstit haastattelukohtaisiksi tiedostoiksi.

Aineisto analysoidaan sisällönanalyysin periaatteita soveltaen. Tutkittavasta ilmiöstä saadaan tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 105.)

DDCAT -mittarin kysymykset liitteenä (liite 1) DDCAT -mittarin ensimmäisen kysymyssarjan aihealue koskee hoitoyksikön virallista tehtävää, asemaa ja taloudellista ohjausta (aihealue väri sininen) ja toinen aihealue yleisesti yksikön toimintaa (aihealue väri vihreä). Näiltä kahdelta ensimmäiseltä osiolta on yhteensä kuusi kysymystä.

Laajimmin DDCAT -mittari arvioi klinisiä hoitokäytäntöjä osiot 3-5 joissa on kysymyksiä yhteensä 22. Kolmannessa osiossa (aihealue väri oranssi) fokus on hoidon tarpeen arvioinnissa (assessment). Neljäs osio (aihealue väri vaaleanpunainen) arvioi tarkemmin hoidon sisältöä, menetelmiä, perhenäkökulmaa, vertaisten käyttöä ja dokumentointia eli kirjaamista potilastiedostoihin (treatment) ja viidennessä (aihealue väri lila) osiossa arvioidaan hoidon jatkuvuutta (continuity of care) erityisesti päihdehoidon jälkeistä mielen-terveyden hoidon jatkumoa.

Kaksi viimeistä osiota (osiot 6-7) ovat henkilökuntaa (aihealue värisiniharmaa), kokemus asiantuntijoiden ja vertaisten käyttöä hoidossa ja henkilöstön koulutusta arvioivia (aihealue väri punainen) näitä kysymyksiä yhteensä seitsemän. Allaolevassa kuvassa alkuperäinen DDCAT- mittarin pisteytystaulukko.

DDCAT — Scoring Summary		
<b>I. Program Structure</b> A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ Sum Total = _____ <b>/4 = SCORE</b> _____	<b>III. Clinical Process: Assessment</b> A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____ G. _____ Sum Total = _____ <b>/7 = SCORE</b> _____	<b>V. Continuity of Care</b> A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ Sum Total = _____ <b>/5 = SCORE</b> _____
<b>II. Program Milieu</b> A. _____ B. _____ Sum Total = _____ <b>/2 = SCORE</b> _____	<b>IV. Clinical Process: Treatment</b> A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____ G. _____ H. _____ I. _____ J. _____ Sum Total = _____ <b>/10 = SCORE</b> _____	<b>VI. Staffing</b> A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ Sum Total = _____ <b>/5 = SCORE</b> _____
		<b>VII. Training</b> A. _____ B. _____ Sum Total = _____ <b>/2 = SCORE</b> _____
<b>DDCAT Index Program Category:</b> <b>Scale Method</b> <b>OVERALL SCORE</b> (Sum of Scale Scores/7) <b>DUAL DIAGNOSIS CAPABILITY:</b> AOS (1 - 1.99) _____ AOS/DDC (2 - 2.99) _____ DDC (3 - 3.49) _____ DDC/DDE (3.5 - 4.49) _____ DDE (4.5 - 5.0) _____	<b>DDCAT Index Program Category:</b> <b>Criterion Method</b> <b>% CRITERIA MET FOR AOS</b> (# of "1" or > /35) _____ 100% <b>% CRITERIA MET FOR DDC</b> (# of "3" or > scores/35) _____ <b>% CRITERIA MET FOR DDE</b> (# of "5" scores/35) _____ <b>HIGHEST LEVEL OF DD CAPABILITY</b> (80% or more) _____	

Kuvio 2. DDCAT-osio pisteet / yhteispisteitys / kokonaisluokitus, kuva DDCAT, versio 3.2. Tammi (2013: 28).

DDCAT -mittarin kysymyksiin vastataan asteikolla 1–5. Jokaiselle osiolle lasketaan osiokohtainen keskiarvo jakamalla summa kysymysten määrällä. Yhteispisteet lasketaan jakamalla kaikkien osioiden keskiarvojen summa seitsemällä. Pisteytyksellä saadaan arvio poliklinikan kyvystä hoitaa integroidusti kaksoisdiagnoosipotilaita.

Mitä korkeammat pisteet, sitä parempi on yksikön kaksoisdiagnoosien hoitokyky; yksi piste tarkoittaa kussakin kysymyksessä, että sen osalta yksikkö hoitaa vain addiktioita, kolme pistettä tarkoittaa, että yksikkö on kykenevä hoitamaan addiktioiden lisäksi myös yhteissairastavuutta ja viisi pistettä, että yksikkö on erikoistunut yhteissairastavuuden hoitoon. Yksikön vastauksista lasketaan sekä osiokohtaiset että kokonaiskeskiarvot. Näiden mukaan hoitoyksiköt voivat sijoittua johonkin kolmesta pääluokasta

- 1) vain (addiktio) päihdehoitoyksikkö (AOS; 1–1,99 pistettä)
- 2) kaksoisdiagnoosikykenevä yksikkö (DDC; 3–3,49 pistettä)

3) kaksoisdiagnoosihoitoon erikoistunut yksikkö (DDE; 4,5–5,0 pistettä) tai niiden väliin jääviin luokkiin (AOS/DDC; 2–2,99 pistettä & DDC/DDE 3,5–4,49 pistettä)

Luokat pohjautuvat Amerikan päihdelääketieteen yhdistyksen (ASAM) määrittelyihin.

(Moring ym. 2013: 25 - 27; Tammi – Stenius 2013: 51.)

Tutkimusraportin teksti ja tutkimustulokset eivät ”vain ilmesty” jostain tajunnan virrasta paperille. Tutkijan on reflektoitava tutkimustaan koko tutkimuksen osalta, arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä siten, että lukija saa tietoa tutkimuksen taustoista ja tutkimusprosessin aikana tehdyistä valinnoista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 160 – 164.)

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 95 - 104.)

Taustateoriana ja aineiston kontekstina käytetään tähän opinnäytetyöhön valikoituneita tutkimuksia aiheesta ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon integraatioon liittyvää DDCAT -mittarilla aiemmin saatuja tuloksia Suomen kunnissa toteutetusta integraation toteutumisesta. Tavoitteena on saada haastattelujen pisteytyksen perusteluista sisällönanalyysin periaatteita soveltaen tietoa integroidun kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon kehittämiseksi.

## 5 Tulokset

Haastatteluun osallistui päihdepoliklinikan hoitohenkilöstöä, neljä sosiaali- ja terveysalan työntekijää. Haastatteluun osallistunut henkilöstö työskentelee päihdepoliklinikalla tehden potilaan kliinistä hoitoa sekä lähiesimiestyötä. Haastateltavien pisteytykset on erotettu kuvassa (taulukko 1) erivärein, vaaleanharmaa, keltainen, vaaleanpunainen ja valkoinen. Aihealueet on myös jaettu eriväreillä, DDCAT-mittarin haastattelukysymyspohjalla (liite 1) Pisteytyksen lisäksi, haastattelun vastaukset purettiin litteroimalla ja sisällön analyysin periaatteita soveltaen aineistosta haettiin yhtenevyyksiä sekä eroavaisuuksia. Haastateltavien antamat pisteet on koottu taulukkoon (taulukko 1) Pisteet on jaettu aihealueittain sekä yhteispisteytys ja kokonaisluokitukseksi.

Haastateltavat vastasivat DDCAT -mittarin kysymyksiin asteikolla 1–5. Jokaiselle osiolle laskettiin osiokohtainen keskiarvo jakamalla summa kysymysten määrällä. Yhteispisteet

laskettiin jakamalla kaikkien osioiden keskiarvojen summa seitsemällä. Lopullisella kokonaispisteytyksellä saatiin haastateltujen antama henkilökohtainen arvio poliklinikan kyvystä hoitaa integroidusti kaksoisdiagnoosipotilaita. Mitä korkeammat olivat pisteet, sitä parempi on yksikön kaksoisdiagnoosien hoitokyky.

Päihdepoliklinikoiden kokonaisluokituspisteet vaihtelivat 2,6 - 3,07 välillä. Näyttää siis siltä, että tehtävän määrittelyn mukaisesti yksiköillä oli pääkohteena päihdeongelmien hoito ja mahdollisuus myös samanaikaiseen mielenterveyden hoitoon. Yhden yksikön pisteet olivat siis hiukan alle 3 pistettä joka antaa kuvauksen yksikön kyvystä hoitaa päihdepotilaita ja osaamista on myös kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon. Kolme muuta päihdepoliklinikkaa kipusi tuon 3 pisteen päälle, jolloin yksiköllä on kykyä hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita.

DDCAT -mittarin ensimmäisen kysymyssarjan aihealue koskee hoitoyksikön virallista tehtävää, asemaa ja taloudellista ohjausta (aihealue väri sininen). Jokainen vastaaja (3) antoi pisteitä kolmessa erillisessä kysymyksessä ja ylsivät kokonaispisteissä 3,3 pisteeseen, joka ilmaisee kykenevyyttä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. Yksi haastateltavista sai pisteitä yksikölleen osion kokonaisuudessa 4,5 pistettä jolloin hän arvioi, että yksikkö on tehtävän määrittelyssään kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon erikoistunut yksikkö.

*"Onhan se pääkohteena ne päihdeongelmat, mutta mahdollisuus on potilaan samanaikaiseen mielenterveys ja päihdehoitoon, eikä siihen ole esteitä"*

*"...kyllä on mahdollisuus samanaikaiseen hoitoon ja on rutiininomaisuus yhteistyössä psykiatriapoliklinikan kanssa, on moniammatillinen 2dg työryhmä, johon osallistuu päihdepuolelta hoitaja, dokumentointia tapahtuu sekä effikaan ja pegasokseen.*

*"Psykiatrian puolelta on mahdollisuus lääkärin tai psykiatriaan erikoistuva lääkärin ja psykologin sekä erityistyöntekijöitä mahdollisuus konsultoida."*

Toisen aihealueen kysymyksillä saatiin pisteytystä kuvaamaan yksikön toimintaa (aihealue väri vihreä). Kysymykset liittyivät yksikön valmiuteen ottaa vastaan ja hoitaa molempia ongelmia. Lisäksi oli kysymys liittyen päihde- ja mielenterveysongelmien kirjalliseen materiaaliin. Näiltä kahdelta ensimmäiseltä osiolta on yhteensä kuusi kysymystä.

Vastaajat pisteyttivät toimintaa kokonaisuudessa 3 pisteen verran, joka kuvaa päihdepoliklinikan kykyä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon. sekä valmiutta ottaa vastaan potilaita

ja hoitaa molempia ongelmia. Mielenterveyden ongelmista kärsiviä hoidettiin myös, mutta dokumentoinnissa ilmeni eroja poliklinikoittain.

*"...kyllä aina arvioidaan siinä kun asiakas tulee päivystysvastaanotolle (VIA) ja yritetään saada sitten ne vaikeat, akuutit eteenpäin, mutta ei se ole hoidon esteenä jos on mielenterveysongelma, jos se on vakaa. Tosin niitä epävakaitakin tulee tänne hoitoon, on siis psykoosissa olevia tai itsetuhoisia, itsemurhavaarassa olevia kun niitä ei saa mihinkään muualle hoitoon"*

*"...valmius on mutta epävirallista, ei rutiininomaista eikä hyvin dokumentoitua, henkilökunta tekee puolin ja toisin työtä esim päihdepoliklinikan ja psykoosityöryhmän kanssa yhteistyötä joka toinen viikko.*

*"Yhteistyösuhteen eteen on kuitenkin vielä paljon rakennettavaa..."*

Eroavaisuutta oli vastaajien mukaan eri poliklinikoilla jaettavasta kirjallisesta materiaalista ja kuinka sitä oli tarjolla. Päihdeongelmiin löytyi jokaiselta kolmelta poliklinikalta hyvin potilaille jaettavaa materiaalia, mutta mielenterveyden ongelmiin liittyvää materiaalia oli tarjolla vähemmän tai sitä ei ollut lainkaan. Lisäksi mielenterveyden ongelmiin liittyvä materiaalin jakaminen oli vähäisempää.

*"saatavilla on materiaalia, päihde-esitteitä on paljon, mt-ongelmiin materiaali ja sen jakaminen on vähäisempää"*

Laajimmin DDCAT -mittari arvioi kliinisiä hoitokäytäntöjä. Kolmannessa aihealueessa (aihealue väri oranssi) fokus on hoidon tarpeen arvioinnissa (assessment). Hoidon tarpeen arvio-osiossa vastaajat arvioivat vähimmällä pisteytyksellä olevan "kykyä hoitaa 2dg-potilaita samanaikaisesti" Haastattelussa alhaisimmat pisteet olivat 2,14 pistettä ja korkeimmillaan pisteitä sai 3. Yksi haastateltavista arvioi poliklinikan painotusta enemmän päihdehoitoa toteuttavaksi yksiköksi, kaksi vahvasti tässä osiossa päihdepoliklinikalla olevan kykyä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon.

Kolmannessa aihealueessa sisältöön liittyi potilaan oireiden seulontamenetelmiin (standardoitujen mittarien käyttöön) sekä potilaan diagnostisointiin, diagnoosien dokumentointiin. Kysyttiin myös psykiatristen ja päihdeongelmien historian kartoittamisesta sekä sen dokumentoinnista potilastiedostoihin. Arvioitiin yksikköön hyväksymisestä mikäli potilaalla on akuutteja psykiatrisia ongelmia tai jos ongelmat ovat vakavia ja vaikeita. Arvioitiin muutosvaihemallin käyttöä hoidon tarpeen arviossa.

*"Mittarien käyttöä / seulontamenetelmiä on vakiintuneita päihteisiin liittyen, psykiatrisia oireita arvioitaessa arviovaiheessa käytetään, varmasti on tarvetta parantamiseen mittarien käytössä"*

*"esim BDI ei strukturoidusti käytössä, käytettäänkö standardoituja mittareita..."*

*"osalla työntekijöistä on käytössä psykiatriin oireisiin standardoidut mittarit oireidenseulonassa"*

*"muutosvaihemallia käytetään arvioidessa, henkilöstön koulutuksen ja osaamisen mukaan, mutta kuinka rutiininomaista, tuleeeko näkyväksi, käsitellään potilaan kanssa, tuleeeko kirjatuksi?"*

Neljäs aihealue (aihealue väri vaaleanpunainen) arvioi tarkemmin hoidon sisältöä, hoitosuunnitelman tekoa, hoitomenetelmiä, perhenäkökulmaa, vertaisten käyttöä hoidossa ja dokumentointia eli kirjaamista (treatment). Jokainen vastaaja oli arvioinut poliklinikan alle 3 pisteen. Tässä osiossa haastatellut arvioivat päihdepoliklinikan hoidon sisällön painottuvat päihdehoitoon ja yksiköissä oli jonkin verran kykyä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon.

*"Hoitosuunnitelmien kirjaustapa vaihtelee henkilöstön mukaan.*

*"Yhteisestä hoitosysteemissä, yhteisen hoitosuunnitelman kirjaaminen hankalaa (erillinen potilastietojärjestelmä)."*

*"Päihdeongelmat käsitellään ensisijaisena mielenterveyden ongelmat toissijaisena ja tarvittaessa ne huomioidaan sekä kirjataan hoitosuunnitelmaan"*

*"...sitä seurataan ja kirjataan (molempien ongelmien kulkua) vähän ehkä sen osaamisen mukaan, mitä osaamista henkilökunnalla on"*

*"Menettelytavat psykiatrinen hätätilanteiden ja kriisien hallitsemiseksi on, siis raamit toiminnalle, tarvittaessa kutsutaan lääkäri paikalle (esim M1 tilanteissa), onko dokumentoidut ohjeet vai "kaupungin linjaus" onko sillä lailla mietittynä, vähintään ohjaisiin potilaan vaikka haartmaniin"*

*"...joitakin psykiatrasta lääkitystä voidaan määrätä, psykiatrian poliklinikka määrää ja ohjaa mikäli vaativampaa psykiatrasta lääkitystä,*

*"lääkitys kirjataan ja tarvittaessa konsultoidaan psykiatrian poliklinikkaa, mutta lääkitystä voidaan seurata päihdepoliklinikalla."*

*"...kyllä puhutaan kuinka mielenterveys ja päihdeongelmat liittyvät yhteen, mutta ei selkeästi erillistä esim ryhmää ole olemassa jossa psykoedukaatiota"*

*"...kyllä minä luulen että sitä arvioidaan, perhetyötä on saatavilla, mahdollisuus perheterapiaan, ei strukturoidusti, mutta puhutaanko siellä myös mahdollisista psykiatrisista ongelmista"*

*"AA-ryhmiä on ja ohjataan paljon mielenterveysryhmiin myös, mutta sekin on kiinni siitä onko ihmisillä tietoa niistä, et onhan niitä ihan valtavasti olemassa"*

*"...on olemassa vertaisryhmiä ja ohjataan, ei välttämättä tule dokumentoitua"*

Viidennessä (aihealue väri lila) aihealueessa arvioidaan hoidon jatkuvuutta (continuity of care) erityisesti päihdehoidon jälkeistä mielenterveydenhoidon jatkumoa. Poliklinikat pisteyttivät itsensä 2,6 - 3,8 välisille pisteille. Kaksi vastaajaa nosti päihdepoliklinikalla tapahtuvan hoidon jatkuvuuden toteuttamisessa (jatkohoidon suunnittelu) kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon tarvittavia kykyjä.

*"kun potilaalla on selkeästi 2gd, riippuu psykiatrisesta diagnoosista, esim psykoosi niin totta kai huomioidaan suunnitellusti jatkohoito, jos on lievempi diagnoosi esim masennus /ahdistus saattaa jatkohoitosuunnittelussa jäädä taka-alalle"*

*"...terapiaan menevät, joilla ohjaus toimii eli kun päihdehoito päättyy, niin tarvittaessa voidaan jatkaa päihdepoliklinikalla tapaamisia, osa henkilöstöstä saattaa tarjota (jatkokeskusteluja, vaikka päihdehoito päättynyt)*

*"onko menettelytapaa, sovittua toimintamallia, jatkohoitoa ajatellen (mt-hoito)? ei ole sovittua mallia, sellaisia kannattelukäyntejä henkilöstö tekee, niin ennen potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkaan"*

*"Kyllä on seuranta enemmän painottunut siihen päihdeongelmaan, jos ei tunne sitä mielenterveyshäiriötä niin ei voi tietää sen sairaudenkulkua ja siitä toipumisen mekanismeja"*

*"Ei ole niitä mittareita eikä osata käyttää mitä niihin mielenterveyden toipumiseen ja seurantaan käytetään. Varmaan tapaamisilla keskustellaan tasolla, miltä nyt tuntuu ja onko joku muuttunut, mutta ei niin, että seurattaisiin systemaattisesti"*

Kuudennessa aihealueessa kysytään henkilökuntaan liittyviä kysymyksiä (aihealue väri siniharmaa) sekä kokemus asiantuntijoiden ja vertaisten käyttöä hoidossa. Henkilöstöä mittaavaan osioon kaikki neljä vastaajaa pisteyttivät päihdepoliklinikan 3 - 4,25 väliselle asteikolle eli siis antoivat parhaat pisteet kun verrataan pisteytystä kaikkiin 7 eriaihealueeseen. Kokonaispisteytystä nosti ainakin, että kaikissa yksiköissä toiminnassa on mukana lääkäri (psykiatri, psykiatriaan erikoistuva lääkäri) ja henkilökunnalla 1/3 osalla oli mielenterveysalan koulutus tai muu kelpoisuus. Tuukka Tammi omassa tutkimuksessaan toteaa, suomalainen päihdehuolto on ammatillisempi, koulutetumpi ja terveydenhuolto painottuneempi kuin yhdysvaltalainen päihdehoitojärjestelmä. Tammi (2013: 28.)

Lisäksi vastaajat kuvasivat, että päihdepoliklinikalla hoidossa on hyvä mahdollisuus mielenterveyshoidon asiantuntijan konsultointiin. Sen sijaan vertaistukea ja kokemusasiantuntijoita kaksoisdiagnoosipotilaille kysymyksessä vastaajat pohtivat onko selkeästi kaksoisdiagnoosipotilaille omia ryhmiä vai voidaanko ajatella esimerkiksi päivätoiminnassa tapahtuvaa vertaistoimintaa ja kuinka rutiininomaisesti niihin ohjataan. Tässä osiossa vastausten pisteytyksissä oli suurimmat erot. Yhdellä alueella koettiin, ettei ole lainkaan kaksoisdiagnoosipotilaille vertaistukea, omaa ryhmää ja toisella poliklinikalla taas oli



omassa yksikössä tarjolla vertaistukea sekä henkilöstö ohjasi rutiininomaisesti tuen piiriin.

*"on mahdollisuus säännöllisesti (dokumentoidusti) psykiatrian pkl:n puolen konsultointiin, ajanvarausaika tarjolla, 2dg työryhmä"*

*"kyllä tarpeen mukaan mahdollisuus mielenterveysasiantuntijan konsultointiin, omassa yksikössä, joidenkin potilaiden esim psykoosihoidon tarpeessa olevien osalta, ei kattavasti dokumentoitu, erilliset potilastietojärjestelmät"*

*"Ei niitä vertaistyöntekijöitä oikein ole, eikä niitä on kokemusasiantuntijoita ole aina tiedossa"*

*"on tarjolla, mutta ei omassa yksikössä, henkilöstö ohjaa ainakin hoidon loppuvaiheessa rutiininomaisesti"*

*"vertaistukea on tarjolla omassa yksikössä päivätoiminnassa, henkilöstö ohjaa tuen piiriin rutiininomaisesti"*

Viimeinen eli seitsemäs osa-alue on henkilöstön koulutusta arvioivia kysymyksiä (aihe-alue väri punainen) Kysymyksillä avattiin onko hoitohenkilöstön jäsenillä peruskoulutusta psykiatristen ongelmien esiintyvyydestä, seulonnasta ja oireiden arvioinnista. Arvioitiin myös henkilöstön koulutusta päihde- ja mielenterveystyön osalta mukaan lukien lääkehoito osaaminen sekä henkilöstön spesifiä koulutusta kaksoisdiagnoosipotilaidenhoidon. Pisteitä annettiin vähiten tässä osiossa, kun verrataan kaikkiin osioihin. Pisteet vaihtelivat 1,5-3 välillä.

*"poliklinikan henkilöstön näkökulmasta niin kyllä jokaisella tulisi olla jonkinlainen peruskoulutus (mt-hoidosta) eikä sosiaalipuolen koulutuksissa perusopetukseen kuulu kovin kattavasti / olenkaan psykiatristen oireiden arviointia ja seurantaa"*

*"peruskoulutusta henkilöstöllä on, psykiatriisiin häiriöihin vaihtelevasti koulututtu"*

*"vaihtelevasti koulutusta, ei ole kirjattu osaksi koulutussuunnitelmaa, mutta johto rohkaisee kouluttautumaan"*

*"onhan tässä koulutusta ihmisillä jonkun verran, mutta 2 dg-potilaiden hoidosta en ole kuullut et onko kukaan käynyt sellaista spesifiä koulutusta"*

*"ei koulutusta/dokumentointia 2 dg potilaiden hoitoon"*

*"ainakin koulutettu on, onko osaamista?"*

Lopuksi pisteistä laskettiin kaikkien osioiden yhteiset tulokset jolloin saatiin jokaiselle haastateltavalle oman yksikön kokonaisluokitus. Kokonaisluokitus pisteet vaihtelivat 2,6–3,07 välillä. Näyttää siis siltä, että tehtävän määrittelyn mukaisesti yksiköillä oli pääkohteena päihdeongelmien hoito ja mahdollisuus myös samanaikaiseen mielenterveyden hoitoon. Yhden yksikön pisteet olivat siis hiukan alle 3 pistettä joka antaa kuvauksen

yksikön kyvystä hoitaa päihdepotilaita ja vahvistaa osaamista olevan myös kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon. Kolmella yksiköllä pisteet kohosivat päälle 3 pisteen, joka kuvaa siis kykyä hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita. Yksiköt eli päihdepoliklinikat saivat haastavilta liki samanarvoisia osiokohtaisia pisteytyksiä. Suurimmat erot korostuivat osakohtaisissa yksittäisissä kysymyskohdissa.

Hoidon arviossa ja itse hoidon toteutuksessa ei ollut käytössä standardoituja mittareita mielenterveyden ongelmiin. Mielenterveyden ongelmia kyllä kartoitettiin sekä kuvattiin muodollisesti, muttei standardoidusti mittareita käyttäen tai niin, että mittarien käyttö olisi rutiinia päihdepoliklinikan toiminnassa.

Psykiatrisia diagnooseja ei päihdepoliklinikalla tehdä, mielenterveys hoidon arviointi, seuranta ja hoitomenetelmät sekä dokumentointi oli vaihtelevaa. Hoidollisia potilasesitteitä psykiatrisista ongelmista, niiden hoidosta ja ongelmien vuorovaikutuksesta päihdeongelmissa oli vaihtelevasti tarjolla. Vertaisryhmien ja kokemusasiantuntijoiden saataavuus ja ryhmiin ohjaus toteutui alueittain vaihtelevasti.

Hoidon jatkuvuutta kuvaavassa osiossa todettiin, ettei selkeitä käytäntöjä ollut päihdehoidon päättyessä siitä, miten ja missä potilas voi jatkaa mielenterveyden ongelmiin liittyvissä haasteissa. Vaihtelevuutta oli yksiköittäin jatkohoidon ja vertaistukiryhmiin ohjaamisen suhteen.

Päihdepoliklinikat erosivat alueittain myös kuinka hoidossa seurataan molempien ongelmien parantumisprosessia. Tapahtuiko sitä harvoin yksittäisten henkilöiden toteuttamana vai seurataanko sitä strukturoidusti jolloin molempia ongelmat nähdään yhtä tärkeinä seurannan ja dokumentoinnin kohteina.

Henkilöstön kokonaisuuksissa ja työryhmissä työskentelee aina lääkäri, joka vastaa esimerkiksi lääkehoidosta ja hoitohenkilöstöllä oli kolmasosalla mielenterveyden- ja tai psykiatrian koulutusta tai kelpoisuutta sekä pitkiä terapia koulutuksia. Hoidossa oli tarpeen mukaan tai omassa yksikössä oli säännöllisesti mahdollisuus potilaan saada mielenterveyden asiantuntijan hoitoa sekä konsultointia.

Koulutus osassa nousi esille henkilöstön peruskoulutuksen vaihtelevuus ja moniammatillisuus. Vastaajat kokivat että johto kannustaa henkilöstöä mielenterveyshoidon koulu-

tuksiin. Sen sijaan strateginen ja suunnitelmallinen koulutus puuttuu psykiatristen oireiden seulonnasta, oireiden ja häiriöiden arvioinnista eikä spesifiä kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoon ja siihen liittyvää lääkehoidon koulutusta koettu olevan tarjolla.

DDCAT pisteet saadaan, kun jokaiselle osiolle lasketaan pisteiden summa, joka jaetaan kysymysten määrällä Yhteispisteet lasketaan jakamalla kaikkien osioiden (7) keskiarvojen summa seitsemällä. Kokonaisluokitus on kokonaiskeskiarvon mukaan seuraavasti: 1 - 1,99 = vain päihdehoito (AOS) 3 - 3,49 = kaksoisdiagnoosihoitoon kykenevä (DDC) 4,5 - 5 = kaksoisdiagnoosihoitoon erikoistunut yksikkö (DDE) Pääluokkien lisäksi vielä väliuokat: 2 - 2,99 = AOS/DDC ja 3,5 - 4,49 = DDC/DDE																			
1. Yksikön tehtävän määritys					2. Yksikön toimintaalue					3. Hoitoprosessi: hoidon tarpeen arvio									
A	3	4	3	3	A	3	5	4	3	A	1	2	3	2					
B	3	4	3	3	B	3	1	2	3	B	2	4	4	2					
C	4	5	4	4						C	1	2	2	3					
D	ei	ei	ei	ei						D	2	3	3	3					
SUMMA	10	13	10	10	SUMMA	6	6	6	6	E	3	3	3	3					
pisteet	3,3	4,5	3,3	3,3	pisteet	3	3	3	3	F	3	3	3	5					
										G	3	3	3	2					
										SUMMA	15	21	21	20					
										pisteet	2,14	3	3	2,85					
4. Hoidon prosessi: hoidon toteutus					5. Hoidon prosessi: hoidon jatkuvuus					6. Henkilöstö									
A	3	3	3	3	A	3	3	3	3	A	5	5	4	5					
B	2	2	2	2	B	2	2	2	3	B	3	3	3	3					
C	3	3	3	3	C	2	2	3	4	C	3	5	4	4					
D	2	2	2	4	D	1	2	3	4	D	ei	ei	ei	ei					
E	2	3	3	2	E	5	5	5	5	E	1	2	3	5					
F	2	2	3	3	SUMMA	13	14	16	19	SUMMA	12	15	13	17					
G	2	1	2	3	pisteet	2,6	2,8	3,2	3,8	pisteet	3	3,75	3,25	4,25					
H	2	3	2	1	7. Koulutus					8. Kokonaisluokitus									
I	4	4	4	3	A	2	2	3	2										
J	1	2	3	3	B	2	2	3	1	pisteet	18,34	21,55	21,45	21,35					
SUMMA	23	25	27	27	SUMMA	4	4	6	3	SUMMA	2,62	3,07	3,06	3,05					
pisteet	2,3	2,5	2,7	2,7	Pisteet	2	2	3	1,5	Luokitus	AOS/DDC	DDC	DDC	DDC					

Kuvio 3. DDCAT-pisteet, aihealueittain / yhteispisteitys / kokonaisluokitus (kuvakaappaus Excel-taulukosta)

## 6 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön on tarkoitus tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa ilmiöstä jota tutkitaan. Luotettavuutta opinnäytetyössä arvioidaan vastaten kysymyksiin jotka koskevat totuusarvoa tutkimuksessa sekä sen sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliuutta. Totuusarvo (truth value) sisällyttää uskottavuuden, joka voidaan saavuttaa tutkimuksen tulosten todellisuudesta. Sovellettavuutta opinnäytetyössä (applicability) kuvataan kuinka tulok-

set ovat sovellettavissa mahdollisesti uuteen asetelmaan tai ryhmään. Pysyvyyttä tarkastellaan sillä miten (consistency) varmoja ovat tulokset, mikäli tutkimus tehtäisiin uudelleen ja opinnäytetyössä neutraaliuus (neutrality) vahvistaa, etteivät tulokset ole tutkijan motivaation, kiinnostuksen tai näkökulman ohjaamia vaan vastaajista, tilanteista ja kontekstista johtuvia. (Lincoln – Cuba 1985: 290; Tuomi – Sarajärvi 2009: 136 - 139.)

Luotettavuutta arvioidessa ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta ja erilaisista listoista saattaa olla apua tutkimuksen arvioinnissa. Tuomi – Sarajärvi (2009: 140 -141.) ovat kirjassaan listanneet asioita, joilla arvioidaan luotettavuutta tutkimuksen kokonaiskontekstissa. Luotettavuus on tutkimus kohteen, tarkoituksen ja tutkijan oman sitoutumisen kokonaisuus. Mitä, miksi ja miksi juuri tämä on tärkeää. Luotettavuutta aineistonkeruun kokonaisuudesta todennetaan menetelmien näkökulman kautta. Kuinka aineisto kerättiin, millä tekniikalla, miten se purettiin eli tärkeää on kuvata aina kaikki asiat mitä pitää tärkeänä, jotta lukijalle selviää merkitykselliset tekijät aineistokokonaisuudessa.

Tässä opinnäytetyössä luotettavuus vahvistuu paitsi aineistonkeruun myös opinnäytetyön kokonaisuuden ja tulosten luotettavuuden näkökulmasta. Empiirisessä ja laadullisessa opinnäytetyössä teoria ja viitekehys muodostuvat opinnäytetyön käsitteistä sekä niiden välisistä merkityssuhteista. Taustaksi ja opinnäytetyön raamiksi olen hakenut tutkimustietoa tiedonhaun hakukannoista ja olen kuvannut haut, lisäksi olen kuvannut toimintaympäristöä ja – kulttuuria sekä integraation etenemistä helsinkiläisen päihdepoliklinikan näkökulmasta eli arvioitavasta kontekstista. Opinnäytetyössä olen kuvannut myös oman kiinnostustani aiheeseen ja perustelen opinnäytetyön merkityksen myös yhteiskunnalliselta näkökulmalta.

Opinnäytetyöni luotettavuutta varmistan tarkalla kuvauksella sen toteuttamisesta. Tarkkuutta olen noudattanut opinnäytetyön kaikissa vaiheissa, aineiston tuottamisen olosuhteet kirjoitin auki selkeästi ja totuudenmukaisesti. Kuvasin aineiston keruun ja analysoinnin tarkoin ja selkeästi. Dokumentoin analysoinnin, tulokset ja koko opinnäytetyön kuluneettisesti sillä tavoin että kokonaisuutta on helppo seurata ja saa ymmärryksen kuinka tuloksiin on päästy.

Haastateltavat valikoituivat alustavasti arvonnalla sekä lopuksi ohjaavan lehtorin suosituksesta päädyin myös lähiesimiesten valikoitumisen haastatteluun. Eri ammattiryhmät, klinisentyön ja lähiesimies näkemykset saavat haastattelun vastauksiin ja tuloksiin moniulotteisuutta. Huomioitavaa on, että haastateltavat antavat aina henkilökohtaisen ja

omasta koulutustaustastaan sekä kokemuksestaan nousevan vastauksen mittarin kysymyksiin. Pyrin korostamaan haastateltaville neutraaliuden tärkeyttä vastauksissa, jotta saamme aidosti kehittämisen näkökulmasta luotettavat tulokset.

Käytimme aikaa haastattelun alussa kysymysten avaamiseen ja kysymysten sisältöön. Keskustelimme myös haastattelun aikana, miten kysymykset ymmärretään, jotta virhetulkinnoilta vältytään. Tuloksia analysoidessa kokosin kysymys kohtaiset yhtenäiset vastaukset sekä toisistaan eroavat vastaukset ja kokosin niistä kehittämistä tukevia ajatuksia. Kehittämiskohteet vahvistuivat, kun niitä vertasi opinnäytetyön taustaksi kerättyyn tutkimusmateriaaliin.

Itse haastattelut sujuivat häiriöttömästi ja hyvässä hengessä. Kysymykset oli jaettu haastateltaville aiemmin joten haastatteluihin käytetty aika oli kohtuullinen ja jaksamisen rajoissa. Kaikki haastattelut olivat kestoltaan alle tunninpituisia. Haastattelut litteroitiin heti haastattelujen jälkeen, jotta tunnelma ja sisältö olisivat mahdollisimman hyvässä muistissa haastattelijalla. Tulokset ja pisteytys annettiin haastatelluille luettavaksi, jotta vahvistuu luotettavuus haastattelun tuottamiin tuloksiin. Tulokset sekä koko opinnäytetyö on luettu useaan kertaan läpi ja tekstiä hiottu, jotta se on helposti seurattavaa ja ymmärrettävää.

Pohdintaosuudessa kirjoitan näkyväksi opinnäytetyön tuloksista nousevat kehittämisen kohteet kaksoisdiagnoosipotilaiden integroituun samanaikaiseen hoitamiseen ja vertaillen niitä tutkimusnäyttöön

## **7 Opinnäytetyön eettisyys**

Mikä on hyvää, pahaa, oikein tai väärin ja mitä saan tehdä? Entä miten minun pitää toimia tai mikä on minun suoranainen velvollisuuteni. Eettisiä peruskysymyksiä, joita pohditaan ja ne korostuvat tutkimustyössä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 23.) Etiikka on tutkimustoiminnassa lähtökohta, se ei koske vain tutkijan toimintaa aineiston hankinnassa tai raportoinnissa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 125 - 133). vaan eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvää tieteellisen käytännön noudattamista kokonaisuudessaan. (Hirsjärvi ym. 2007: 23.) Hyvä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan tiedeyhteisöjen tunnistamien toimintatapojen noudattamista. Se on yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta tutki-

mustyössä ja tulosten esittämisessä. Se edellyttää myös muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioonottamista asianmukaisesti, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen kontrolloitavuuden ja avoimuuden periaatteen kunnioittamista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132 - 133.)

Hirsjärvi – Hurme (2011: 21.) mukaan kaikkeen tutkimustyöhön liittyy eettisiä ratkaisuja, erityisesti ihmistieteissä joudutaan eettisten kysymysten eteen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksissa jotka kohdistuvat ihmisiin mainitaan tärkeimpinä eettisinä periaatteina informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Keskeisinä eettisinä kysymyksinä tutkimuksen erivaiheissa on tutkimuksen tarkoituksen näkökulmasta tieteellisen tiedon etsimisen ohella, että se parantaa tutkittavana olevaa inhimillistä tilannetta.

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus arvioida kuinka kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi toteutuu päihdepoliklinikalla ja tavoitteena on saada tietoa hoidon kehittämiseksi. Taustatutkimusten ja suositusten mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat hyötyvät ja kenties sitoutuvat paremmin hoitoon, mikäli heillä on mahdollisuus integroituihin matalan kynnyksen palveluihin. Opinnäytetyöllä on eettinen ja inhimillinen tavoite tutkittavan potilasryhmän hoidon kehittämisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön eettisenä lähtökohtana on tutkimuskohteena olevien haastateltavien oma suostumus tutkimukseen osallistumiseen, taata luottamuksellisuus ja harkita mahdolliset tutkimuksesta aiheutuvat seuraukset tutkimuskohteelle ja – henkilöille. Haastattelutilanteessa eettisyyttä vahvistavaa oli henkilöiden antamien tietojen luottamuksellisuus ja haastattelutilanteen suunnitelmallisuus. Kirjallisen litteroinnin luottamuksellisuus vahvistaa tekstin käsittelyn uskollisuus ja haastattelujen suullisten lausumien purkamisen tarkkuus. Eettisyys analysoinnissa on analysoinnin ja haastattelun käsittelyn syvällisyys ja kriittisyys, voivatko kohdehenkilöt todentaa omien lausumien tulkintaa. Tutkimuksen tekemisessä tutkijan eettinen velvollisuus on esittää tietoa, joka on niin varmaa ja todennettua kuin mahdollista. Erityisesti raportoinnissa on otettava huomioon luottamuksellisuus ja mahdolliset seuraukset mitä julkaistulla raportilla on heitä koskevalle ryhmälle tai instituutiolla. (Hirsjärvi – Hurme 2011: 21.)

Opinnäytetyössä on pyritty kokonaisuudessaan noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Opinnäytetyön kokonaisuudessa noudatin yleistä tarkkuutta, huolellisuutta sekä tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä.

Tässä opinnäytetyössä eettisyyttä noudattaen on haettu tutkimuslupaa sekä haastateltavilta suostumus haastatteluun. Aineiston keruu tapahtui suunnitellusti, aineistoa ei missään tutkimuksen vaiheessa luovutettu ulkopuolisten haltuun ja säilytettiin Helsingin kaupungin tiloissa, lukollisessa säilytystilassa. Tutkimusaineisto käsiteltiin kokonaisuudessaan luottamuksellisesti ja asianmukaisesti sekä hävitetään kokonaisuudessaan tutkimuksen valmistuttua.

Eettisin toimintatavoin ja menettelyin suojaan opinnäytetyöhön osallistuneita, takaan aineiston aitouden ja rehellisyyden sekä tuloksien esittämisen oikeassa valossa, tieteen kontrolloitavuutta ja avoimuutta kunnioittaen.

## 8 Pohdinta

Aineiston tuloksissa on huomioitava, että vastaukset ovat haastateltujen henkilökohtainen näkemys yksikön toiminnan sisällöstä. Kysymyskohtaisella pisteytyksellä saatiin näkyväksi haastateltavien päihdepoliklinikoiden toiminnan rakenteiden vaihtelevuus. Toisaalta kokonaisuuspisteitä laskettaessa piste-erot poliklinikoittain 2dg-potilaan hoidon integraatiota ajatellen olivat vähäisiä.

Taustatutkimuksissa korostetaan, että kaksoisdiagnoosipotilaalle tulee kehittää matalankynnyksen mielenterveys- ja päihdehoidon yhtenäisiä ja laadukkaita avopalveluita. Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla on matalankynnyksen hoitoon hakeutuminen mahdollista käytännön tasolla, meillä on VIA- vastaanotto (=vastaanotto ilman ajanvarausta).

Potilaat hakeutuvat VIA- vastaanottoon moninaisissa, vaativissa haasteissa ja päihde- sekä mielenterveysongelmissa. Haastattelussa todettiin, että matalankynnyksen VIA- vastaanottoon hakeutuu päihdehoidon tarpeessa ja stabiilissa vaiheessa olevia mielenterveysongelmaisia ja myös epävakaita, itsemurhavaarassa sekä psykoosihoidon tarpeessa olevia potilaita. Tarkoituksen mukaista on, että potilaan hakeutuessa hoitoon hänet kohtaa moniammatillinen, joustava tiimi joka toimii yhteistyössä potilaan kanssa. Opinnäytetyön tuloksissa todettiin, että matkaa on vielä joustavaan, prosessoituun, rakenteelliseen hoitoon integroidusti, jossa päällekkäisyydet poistuvat ja potilas saa yksilöllisesti suunnitellun, asteisesti etenevän palvelun ”saman oven kautta”.

Eräs haaste ”yhtenäisissä palveluissa” on yhteisen potilastietojärjestelmän puute. Dokumentointia tapahtuu ja edelleen kahteen eri potilastietojärjestelmään, jolloin käytännössä aina törmäämme toiminnan jäykkyyteen. Esimerkiksi vaikka hoidamme ”yhteistä potilasta”, toistaiseksi potilaalta on aina kysyttävä lupa, vaikka tietoja siirretään saman ”yhteisen palvelun” psykiatria- ja päihdekeskuksen sisällä. Toivon mukaan tämä päällekkäinen dokumentointi helpottaa viimein siirtyessä yhteiseen potilastietojärjestelmään Apottiin.

Moniammatillisuus näkyy päihdepoliklinikan henkilöstöä kuvaavassa osiossa ja haastateltavien vastauksissa. Henkilöstöllä oli monimuotoinen koulutustausta ja paljon osaamista. Todettiin, että koulutustausta saattaa vaikuttaa hoidon sisältöön, mutta toisaalta sitä voi käyttää potilaan hoitoa vahvistavasti ja erilaisissa kokoonpanoissa potilaan muuntuvan hoidon tarpeen mukaan. Henkilöstön tulee sisäistää mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys ja vahvistaa osaamista mielenterveysongelmien tunnistamiseen. Koulutustarpeeksi nostettiin erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaan hoito ja 2dg-potilaan lääkehoidon osaamisen.

Haastattelun aineistosta ja tuloksista nousi tarve vahvistaa ja kehittää osaamista erityisesti mielenterveysongelmien arvioon, tunnistamiseen ja hoitaa tätä potilasryhmää kokonaisvaltaisesti kiinnittäen huomio jatkohoidon käytänteisiin. Jatkohoitoon liittyvät raamit tulee selkiyttää. Haastateltavat kuvasivat, että päihdepoliklinikoilla on mahdollisuus psykiatrianpoliklinikan ja erityistyöntekijöiden konsultaatioihin muodollisesti, tätä käytännettä syytä selkiyttää 2dg-potilaan hoidossa. Lisäksi tuloksissa nousi esille, että molempien ongelmien strukturoitua yhtäaikaista kronologista seuranta päihdepoliklinikoilla tehtiin vähän. Seulontamenetelmien, erilaisten mittarien käyttöä potilaan mielenterveyden arvioissa, hoidon toteutuksessa, seurannassa sekä dokumentoinnin osalta koettiin olevan vähäisesti. Seulontamenetelmien sekä mittareiden käyttöönotto koettiin tarpeelliseksi kehittämiskohteiksi 2dg-potilaan hoidossa.

Potilaan kanssa tehtävä yhteistyö jäi tuloksissa valitettavan vähäiseen huomioon. Käytännön työssä tavoiteltavaa on, että potilaan toiveet ja hoidon tavoitteet tulevat näkyväksi hoitosuunnitelman laadinnassa. Haastateltavien vastauksissa korostui potilaan päihdehoidon hoitosuunnitelman dokumentointi, mutta mielenterveysongelmien suunnitelmat sekä kirjaaminen jäivät vähemmälle huomiolle tai sitä ei huomioitu lainkaan. Hoidon integroinnissa on vahvistettava dokumentointia potilasturvallisuuden ja hoitotavoitteiden seurannan sekä toteutumisen näkökulmasta ja nostaa se yhdeksi kehittämiskohteeksi.



Opinnäytetyössä käytetty aineistonkeruu mittarissa nostettiin vertaistyö ja kokemusasiantuntijuus merkittäväksi hoitoa tukevaksi elementiksi. Helsinkiläisillä päihdepoliklinikoilla oli 2dg-potilaille tarjolla vertaisryhmiä lähinnä päihdehoidon osalta ja ohjausryhmiin oli rutiininomaista. Vertaisryhmiä mielenterveyteen ja kokemusasiantuntijuutta tulisi vahvistaa integroidussa 2dg-potilaan hoidossa.

DDCAT-mittarista löytyy jo päivitettyjä versioita. Käyttämässäni versiossa ei ollut kysymyksiä lainkaan sähköisistä palvelumuodoista. Digitalisoituminen mielenterveydenhoidossa nähdään jo tulevaisuuden palvelumuotona, jolla saadaan lisää monitasoista volyymia kuormittuvaan terveydenhoitojärjestelmään. Opinnäytetyön tuloksissa havaittiin päihdepoliklinikoilla haasteita potilasinformaation erityisesti mielenterveysongelmiin liittyvä hoidollisen esitemateriaalin puutos. Tähän puutteeseen voi hyödyntää jo olemassa olevia sähköisiä digipalveluja esimerkiksi mielenterveystalo.fi sivustot, jossa on kattavia omahoito-oppaita, testejä ja tietopaketteja mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyen.

Yhteiskunnassa on lisääntyvä tarve vastata palveluntarpeeseen myös toimistoaajan ulkopuolella ja digitalisoituva väestö tarvitsee erilaisia vaihtoehtoja saada apua terveysongelmiin. Teknologian kehittyminen, sähköiset netti- ja älypuhelinpalvelut mahdollistavat pian nopean ja joustavan hoidon tarpeen arvion ja omahoidon. Kaikki potilaat eivät tarvitse hoitohenkilöstön fyysistä läsnäoloa ja riittävä hoidollinen potilasohjeistus esimerkiksi sähköisesti saattaa olla sopiva ja riittävä interventio tarvittavaan muutokseen.

Henkilöstö tarvitsee tietoa ja perehdytystä terveysteknologiaan sekä sen suomiin mahdollisuuksiin. Osaamista ja innovaatioita tarvitaan jotta digimaailman tarjoamia palveluita osataan hyödyntää monipuolisesti.

Opinnäytetyön tulokset vahvistivat olemassa olevaa käsitystä kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteutumisessa päihdepoliklinikalla. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi, sekä saumaton jatkohoito vaatii kehittyäkseen hoitoprosessien selkiyttämistä, mallintamista ja hoidon osaamisen vahvistamista koulutuksella sekä seulontamenetelmien käyttöönottoa hoidon erivaiheisiin. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integroinnin tueksi on hyödynnettävä enemmän sähköisiä palveluita. Tämä edellyttää johtamiselta näkemystä, katsetta tulevaisuuteen ja halua kehittää integroitua psykiatrista- ja päihdehoitoa potilaiden sekä hoitohenkilöstön kanssa yhteistyössä.

## Lähteet

Aalto, Mauri 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123,11 1293-8.

Addiction health services research 2014. Assessing the capacity of addiction and mental health treatment services to address co-occurring substance use and psychiatric disorders: DDCAT Index. Verkkodokumentti. <<http://ahsr.dartmouth.edu/html/ddcat.html#DDCAT>>. Luettu 1.12.2014.

Barnaby, Ben – Drummond, Colin – McCloud, Annie – Burns, Tom – Omu, Nicola 2003. Substance misuse in psychiatric in patients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC214087/>>. Luettu 25.3.2015.

Brousselle, Astrid – Lamothe, Lise – Sylvain, Chantal – Foro, Anne – Perreault, Michel 2010. Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health care Manage Rev.* 2010; 35 (3): 212-223.

Drake, Robert – Mueser, Kim – Brunette, Mary – McHugo, Gregory 2004. A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-Occurring Substance Use Disorders. *Rehabilitation Journal*, Vol 27(4) 360 - 374.

Havio, Marjaliisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Gummerus Kirjapaino Oy Jyväskylä: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2011: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Helsingin Kaupunki. Julkaisut. Strategiaohjelma 2013 - 2016. 25.3.2013. Verkkodokumentti. <[http://www.hel.fi/static/taske/julkaisut/2013/Strategiaohjelma\\_2013-2016\\_Kh\\_250313.pdf](http://www.hel.fi/static/taske/julkaisut/2013/Strategiaohjelma_2013-2016_Kh_250313.pdf)>. Luettu 20.10.2014.

Helsingin Kaupunki. 2015. Päihdepoliklinikat. Verkkojulkaisu. <<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepoliklinikat>>. Luettu 7.4.2015.

Holmberg, Jan – Hirschovits, Tanja – Kylmänen, Petri – Agge, Eva (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki: Suomen graaffiset palvelut Oy.

Kampman, Olli – Lassila, Antero 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon kehitetty integroitu arviointimalli. *Suomen lääkirilehti* vol 62 no 47/2007: 4447-4451

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro OY.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013: Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettupainos. Sanoma Pro Oy.

Karppinen, Ari 2010. Terveiset. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa kehitettiin Helsingin kaupungin terveys- keskuksessa ja sosiaalivirastossa vuosina 2008 - 2009. Verkkodokumentti. <[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/245ecf80441dbd8ab499fcad-daf42d56/Terveiset3\\_2010.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/245ecf80441dbd8ab499fcad-daf42d56/Terveiset3_2010.pdf?MOD=AJPERES)>. Luettu 7.4.2015.

Kuntatyönantajat 2012. Mielenterveys ja työkyvyttömyys. Verkkodokumentti. <<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/työelämän-kehittäminen/työhyvinvointi/jatkaminen/Documents/kunta-alan-mielenterveystietoisku.pdf>>. Luettu 25.4.2015.

Käypähoito. Duodecim. Alkoholiongelmaisenhoito. 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>>. Luettu 1.3.2015

Käypähoito. Duodecim. Huumeongelmaisenhoito. 2012. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=B93D4DC896B152953CA9BC168F143076?id=hoi50041#s9>>. Luettu 23.1.2015.

Moring, Juha – Bergman, Viveca – Nordling, Esa – Markkula, Jaana – Partanen, Airi – Soikkeli, Markku (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015- Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. THL-Työpaperi 15/2013. Tampere. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Laaksonen, Hannele – Niskanen, Jouni – Ollila, Seija – Risku, Aija 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki. Edita Prima Oy.

Laitila, Minna – Järvinen, Tiia (toim.) 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. THL. Helsinki. Yliopistopaino.

Lindholm, Lars – Luoto, Kaisa – Koivukangas, Anita – Kampman, Olli 2013. Psykye plus ja päihdettä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. Duodecim. 129(19): 2057-62. Verkkodokumentti. [http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=3994BAC52A084EE9F1BE6E60558C22E2?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo11265](http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=3994BAC52A084EE9F1BE6E60558C22E2?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11265)>. Luettu 2.2.2015.

Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoisku. Kaksoisdiagnoosi. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/kaksoisdiagnoosi>>. Luettu 1.3.2015.

Rush, Brian – Fogg, Barry – Nadeau, Louise – Furlong, April 2008. On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Summary Report. Verkkodokumentti. <<http://www.ceca-cect.ca/pdf/Summary-reportFINAL-Dec18-08.pdf>>. Luettu 1.3.2015.

Saaranen-Kauppinen, Anita - Puusniikka, Anna. 2006. KvaliMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. Luettu. 26.10.2014.

Saarela, Tuula 2013. Helsingin mielenterveys- ja päihdetyön yhdistyminen. Soste. Valtakunnalliset Päihde- ja mielenterveyspäivät 2013. Verkkodokumentti. <http://www.soste.fi/media/tuula-saarela.pdf>. Luettu 7.4.2015.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. WSOYpro OY.

Stenius, Kerstin - Kekki, Tuula - Kuussaari, Kristiina - Partanen, Aili 2012. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2). Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102952/stenius.pdf?sequence=1>>. Luettu 20.11.2014.

Stenius, Kerstin – Tammi, Tuukka 2013. Capabilities for handling complex substance abuse problems and its relationship to the treatment system: Using the DDCAT instrument to explore local treatment systems in Finland. Verkkodokumentti. <http://www.degruyter.com/view/j/nsad.2014.31.issue-1/nsad-2014-0004/nsad-2014-0004.xml?format=INT>>. Luettu 1.3. 2015.

STM. 2012: 1. Sosiaali- terveydenhuollon kansallinen kehitysohjelma (KASTE). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2012:1. Helsinki. Verkkodokumentti. <[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/kaste](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste)>. Luettu 20.10.2014.

STM. 2012: 24. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys - ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Verkkodokumentti. < <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>>. Luettu 20.10.2014.

Suojasalmi, Jussi 2009. THL. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa – esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/julkaisut-ja-esitteet>>. Luettu 7.4.2015.

Terä, Sari 2001. Kaksoisdiagnoosi -määrittely, esiintyvyys ja hoidossa huomioitavat tekijät. Verkkodokumentti.< <https://tampub.uta.fi/handle/10024/88517?show=full>>. Luettu 1.3.2015.

THL. 2014. Päihteet mielessä. Palveluintegraatio ja päihdeongelmien paikallinen määrittely. Verkkodokumentti.< <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/paihteet-mielessa-palveluintegraatio-ja-paihdeongelmien-paikallinen-maarittely>>. Luettu 29.1.2015.

Tilastokeskus. 2011. Viina tappaa työikäisiä. Verkkodokumentti. <[http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art\\_2011-05-30\\_001.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_001.html?s=0)>. Luettu 25.4.2015.

Tammi, Tuukka 2013. THL. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 - Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Verkkojulkaisu. <http://www.julkari.fi/handle/10024/114817>. Luettu 1.3.2015.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettupainos. Vantaa: Tammi.

Vorma, Helena - Aalto, Mauri 2013. Erikoissairaanhoidon päihdepsykiatria etenee kohti tarkempaa erotusdiagnostiikkaa. Duodecim 2013; 129: 2079 - 2084.

**DDCAT-mittari**

NIMI:DDCAT

Päiväys:

- MITTAA HOITOYKSIKÖN "KYKYÄ HOITAA YHTEIS- SAIRASTAVUUTTA"; TÄSSÄ DOKUMENTISSA SUOMEEEN SOVELLETTU (PÄIH- DEPOLIKLINIKALLE) VERSIO. •

I. YKSIKÖN TEHTÄVÄN MÄÄRITYS					
1.	2.	3.	4.	5.	
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdg hoitoon kykenevä yksikkö		5. DDE, kaksoisdg hoitoon erikoistunut yksikkö
1A. Yksikön virallinen pääkohde (esim. sopimuksessa tai muissa dokumenteissa)	Vain päihdeongelmien hoito		Pääkohde päihdeongelmat, mutta mahdollisuus samanaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon,		Pääkohteena samanaikaiset mielenterveys- ja päihdeongelmat.
1B. Yksikön toimilupa	Vain päihdehoitoon	Ei suoranaisia esteitä mielenterveyshoidolle, mutta henkilökunnan mukaan on laillisia tai muita lupaongelmia tai esteitä.	Ei esteitä mielenterveyshoidolle päihdehoidon yhteydessä.		Täydet valtuudet hoitaa molempia ongelmia.
1C. Koordinaatio ja yhteistyö mielenterveyspalveluiden kanssa	Ei dokumentoitua muodollista yhteyttä tai koordinaatiota.	Epäselvä, ei dokumentoitu ja epävirallinen yhteys mielenterveyspalveluihin.	Muodollinen ja dokumentoitu koordinaatio- tai yhteistyösuhde mielenterveyspalveluihin	Muodollinen ja dokumentoitu koordinaatio- tai yhteistyösuhde ja mahdollisuus	Suurin osa palveluista on integroitu tai henkilökuntaa käytetään rutiininomaisesti yhteisesti

				käyttää henkilö- kuntaa yli palve- lurajojen	
1D. Taloudellinen ohjaus, ei kysytty					
<div> <div>2. YKSIKÖN TOIMINTA- ALUE</div> <div>5.</div> </div>					
	1.	2.	3.	4.	5.
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdg. hoitoon <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdiag. hoitoon <b>erikoistu-</b> <b>nut</b> yksikkö
2A. Yksikön valmius ottaa vastaan ja hoi- taa molempia ongel- mia	Ottaa hoitoon vain päihdeon- gelmaisia - mielenterveysongelmaisia tai -oireisia <b>ei</b> oteta hoitoon ja/tai heidät ohjataan muualle.	Dokumentoidusti hoide- taan vain päihdeongel- maisia (esim. sisäänotto- kriteerit, kohderyhmän määritelmät) mutta epävirallinen käy- töntö sallii hoitaa joitakin mielenterv. ongelmista kärsiviä.	Hoidetaan pääasiassa päih- deongelmaisia  mutta dokumentoidusti ja rutiininomaisesti myös mie- lenterveysongelmia, <b>jos on-</b> <b>gelmat ovat lieviä ja koh-</b> <b>tuullisen vakaita.</b>	Yksikkö muodolli- sesti määritelty 3- tason (DDC) mukai- sesti, mutta henkilö- kunta ja yksikkö hoi- tavat epävirallisesti molempia ongel- mia. Ei kuitenkaan kunnolla dokumen- toitu.	Henkilökunta ja yksikkö hoitavat molempia ongelmia, ja tämä on dokumentoitu hyvin.

2B. Kirjallisen materiaalin esilläpito ja jakaminen potilaille/asiakkailla	Vain päihteisiin tai päihdeongelmaisten vertaistukeen (esim. AA) liittyvää materiaalia.	Saatavilla molempiin ongelmiin liittyvää materiaalia, mutta ei tarjota rutiin omaisesti tai ei "virallisesti" esillä ja /tai saatavilla.	Saatavilla sekä MT ongelmiin että päihdeongelmiin liittyvää materiaalia, mutta jakelu vähäisempää MT ongelmiin liittyen.	Saatavilla molempia ongelmia käsittelevää materiaalia, jonka jakelu yhtäläistä.	Saatavilla mt ja päihdeong. yhteyksiä ja vuorovaikutusta käsittelevää materiaalia sekä jakelu

### 3. HOITOPROSESSI: HOIDON

#### TARPEEN ARVIOINTI

1.

2.

3.

4.

5.



3A. <b>Psykiatristen oireiden</b> rutiininomaiset seulontamenetelmät	Sisääntottoa edeltävä seulonta potilaan kertomukseen perustuen.  Hoitopäätös perustetaan hoitotyöntekijän päättelyyn potilaan kertomuksesta tai taustasta.	<b>ARVIOSSA:</b>  Sisääntottoa edeltävä psykiatristen oireiden seulonta: psykiatrinen hoito-historia lääkitys, itsemurhayritysten/henkirikos-historian toteamiseksi <b>ennen hoitoon ottoa</b>	<b>ARVIOSSA:</b> Rutiininomainen valikoima <b>standardoituja, haastattelukysymyksiä</b> mielen-terveysongelmista.	<b>ARVIOSSA:</b> Mielen-terveysongelmien seulonta käyttäen <b>standardoituja tai formaaleja instrumentteja</b> , joissa vakiintuneet psykometriset ominaisuudet  <b>mm BDI, DEPS, MDQ(mielialahäiriöky-sely)</b>  <b>BAI (ahdistuksen-seulonta) LSAS, paniikkiasteikko</b>	<b>ARVIOSSA:</b>  Yhteiset <b>mielenterveys- että päihdeongelmien seulontaan (AUDIT, SADD/ riippuvuus CIWA-ar CIWA-b, DAST-20 standardoidut tai muodolliset instrumentit, joissa</b> vakiintuneet psykometriset ominaisuudet.
3B. Arviointikäytäntö, <b>jos potilaalla todetaan psykiatrisia oireita</b>	Jatkuva arviointi hoitoon soveltuvuudesta tai hoidosta pois sulkeminen, ohjaus muualle?	Yksityiskohtaisempi bio-psykososiaalinen arviointi mielen-terveydestä, tapauskohtaisesti henkilökunnan aloitteesta	Muodollinen mielen-terveyden arviointi tehdään yleensä, kun tarpeen	Hyvä kyky suorittaa mielen-terveyden arviointi aina tarvittaessa, vaikkakaan ei standardoitua tai rutiinia.	Standardoitu tai muodollinen integroitu arviointi on rutiininomaista kaikissa potilastapauksissa
3C.  Psykiatriset ja päihdediagnoosit, <b>sekä niiden dokumentointi</b>	Psykiatrisia diagnooseja ei tehdä, eikä kirjata.	Mielen-terveyden arvioita (ei virallisia diagnooseja) tehdään ja kirjataan vaihtelevasti	Psykiatrisia diagnooseja dokumentoidaan vaihtelevasti (tilastoihin/potilas arkistoihin)	Psykiatriset diagnooseja tehdään ja dokumentoidaan mutta epäsäännöllisesti	Standardoitu ja rutiininomainen psykiatrinen diagnoosi tehdään säännöllisesti sekä dokumentoidaan

3D. Psykiatristen ja päihdeongelmien <b>historian kuvastumien</b> potilastiedoissa	Tietoja ainoastaan päihdeongelman taustoista.	Kerätään vain päihteiden käytön historiaa. Mielen-terveysongelmien taustoja kerätään epäsäännöllisesti.	Toistuva dokumentaatio mielen-terveys- ja päihdeongelmien historiasta tallennetaan potilastiedostoon	Molempien oireiden <b>kronologisen historian tallentaminen</b> potilastiedostoon	Molempien oireiden <b>kronologisen historian tallennetaan ja niiden välistä vuorovaikutusta arvioidaan ajoittain.</b>
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdiag. hoitoon <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdiag. hoitoon <b>erikoistunut</b> yksikkö
3E. Hyväksyntä yksikköön <b>psykiatristen oireiden akuut-tiuden</b> mukaan (engl. low moderate, high)	Yksikkö vastaanottaa henkilöitä, joilla ei ole psykiatrisia oireita tai ne eivät ole kovin akuutteja (kiireellisiä).		Yksikkö vastaanottaa henkilöitä, joilla mahdolliset (psykiatriset) akuuttioireet eivät ole kiireellisiä tai keskivaikeita, pääasiassa vakaita.		Yksikkö vastaanottaa henkilöitä, joilla mahdolliset psykiatriset akuuttioireet ovat kiireellisiä tai vaikeita, mukaan lukien psykiatrisesti epävakaita henkilöt.
3F. Hyväksyntä yksikköön <b>mielen-terveys ongelman keston ja vakavuuden</b> mukaan: lievä, keskivaikea, vaikea.	Ottaa hoitoon henkilöitä, joilla ei ole mt- ongelmaa tai se on lievä.		Ottaa hoitoon henkilöitä, joilla mt-ongelma on lievä tai keskivaikea		Ottaa hoitoon henkilöitä, joilla mt-ongelma on keskivaikea tai vaikea.
3G. Muutoksen vaihemallin mukainen <b>arviointi</b>	Ei arvioitu tai dokumentoitu	<b>muutosvaihemallin mukaan arvioidaan ja doku-</b>	<b>Henkilökunta arvioi ja dokumentoi rutiinin-</b>	Arvioinnissa käytetään mittareita ja tulokset dokumentoidaan säännöllisesti	Arvioinnissa käytetään mittareita ja tulokset dokumentoidaan

		<b>mentoidaan</b> vaihtelevasti, riippuen henkilökunnan koulutus/osaaminen	<b>omaisesti</b> , huomio kiinnittyy muutosvalmiuteen päihdeongelman osalta	sesti, huomioidaan potilaan muutosvalmius päihdeongelman osalta	säännöllisesti, huomioidaan potilaan muutosvalmius molempien häiriöiden osalta
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdg hoitoon <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdiag. hoitoon <b>erikoistunut</b> yksikkö

#### 4 HOITOPROSESSI: HOIDON TO- TEUTUS

	1.	2.	3.	4.	5.
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdg. hoitoon <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdg hoitoon <b>erikoistunut</b> yksikkö
4A. Hoitosuunnitelmat	Tehdään vain päihdeongelmaa koskien (mielenterveyttä ei kirjata)	Vaihtelee henkilökunnan mukaan	Päihdeongelmat käsitellään ensisijai-	Systemaattinen toimintatapa olemassa	Molemmat ongelmat käsitellään ensisijaisina, hoitosuunnitelma

			sena, mielenterveys- ongelmat toissijai- sena.	jossa molemmat häi- riöt huomioiden mutta vaihtelee käytän- nössä	tehdään molemmat häiriöt huomi- oiden johdonmukaisesti
4B. Arvioi ja seuraa aktiivisesti molempien ongelmien kulkua	Ei huomioita tai kirjauksia mielenterveyshaasteiden /häiriöiden kehityksestä.	Kirjataan mielenterveys- ongelmien kehityksestä, vaihtelevasti henkilökun- nan mukaan.	Klininen, kertova ra- portointi (hoitosuun- nitelma, muistiinpa- not edistymisestä) mielenterveysongel- man muutoksissa	Systemaattinen toi- mintatapa kirjaami- nen <b>huomioiden mo- lemmat häiriöt,</b> mutta vaihtelevasti käytössä.	Systemaattinen, <b>yksityiskohtai- nen ja selkeä toimintapa huomi- oiden molemmat häiriöt</b> ja niissä tapahtuvien muutosten seura- miseksi on käytössä- (kirjaaminen, seuranta)
4C. Menettelytavat <b>psykiat- risten hätätilanteiden ja krii- sien</b> hallitsemiseksi	Toimintaohjeita ei ole .	Suullisesti annetut "talon toimintatavat".	Dokumentoidut oh- jeet:  Eteenpäin ohjaus tai yhteistyö (esim. pai- kallinen psyk.pkl. tai päivystys		Rutiinivalmiudet tai toimintatapa riskin varmistamiseksi kun päihtei- den käyttö jatkuu; Pidetään yksi- kössä paitsi jos siirto on määrätty.
4D. Muutoksen vaihemallin mukainen hoito	Ei määritellysti tai selke- ästi hoitosuunnitelmassa.	Muutosvaihe tai motivaat- tio dokumentoitu vaihtelevasti hoitosuunnitelmaan riippuen henkilökunnan koulutuksesta /osaami- sesta	Muutosvaihe tai moti- vaatio rutiininomai- sesti sisällytetty yksi- lökohtaiseen hoito- suunnitelmaan, mutta ei tiettyä vai- hekohtaista hoitoa.	Muutosvaihe tai moti- vaatio rutiininomai- sesti sisällytetty yksi- lökohtaiseen hoito- suunnitelmaan ja päihdehoitoa toteute-	Muutosvaihe tai motivaatio rutiinin- omaisesti sisällytetty yksilökohtai- seen hoitosuunnitelmaan sekä do- kumentoitu Potilaalle tarjotaan vai- hekohtaista hoitoa sekä päihde- että mielenterveysongelmissa

				taan huomioiden yksilön valmius ja motivaatio	
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdg. hoitoon <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdg hoitoon <b>erikoistunut</b> yksikkö
4E. Lääkehoidon käytäntöjä ja toimintatapoja lääkityksen määrittäminen, hallinta, valvonta ja noudattaminen	Potilaita joilla on lääkitys, ei yleensä oteta hoitoon. Yksikössä ei kykyä valvoa, opastaa tai tarjota <b>psykiatrasta lääkitystä hoidon aikana</b>	Tietyn tyyppiset lääkkeet eivät ole hyväksytyjä. Tai potilaan on saatava lääkkeet jostakin muualta koko hoidon ajan. <b>Jonkinasteinen kyky on valvoa psykiatrasta lääkitystä.</b>	Ajantasaiset, koordinoitua lääkintä käytännöt. <b>Joitakin psykiatrisia lääkkeitä voidaan määrätä ja yksikössä on käytäntöjä, jotka ohjaavat reseptien kirjoittamista.</b> Lääkityksen seurannan tarjoaa pitkälti reseptin kirjoittaja.	Selkeät standardit ja rutiinit, lääkehoitoa tarjoavalle (=lääkäri)  Säännöllinen yhteistyö ja säännöt reseptejä kirjoittavan tahon kanssa, joka myös konsultoi henkilökuntaa lääkityksen suunnittelussa ja ohjaa lääkityksen seurannassa	Selkeät standardit ja rutiinit lääkityksen tarjoavalle, joka on myös henkilökunnan jäsen ja osana hoitotiimiä tai johtoa.  Lääkäri on Yhteistyössä, ja osana hoitotiimiä, tiedottaa muuta tiimiä lääkitys suunnittelusta ja koko tiimi voi avustaa lääkityksen seurannassa.
4F. Erityisesti <b>mielenterveysongelmiin kohdistuvat hoitomenetelmät</b>	Ei mainintaa yksikön toimintatavoissa	Perustuu yksittäisen työntekijän harkintaan, osamiseen. Epäsäännöllisesti osa palvelurutiineja	Yksikössä yleisluontoisia, säännöllisempiä hoitomenetelmiä	Joitakin erityisiä hoitomuotoja erityiskoulutettujen henkilökunnan	Tavanomaisia mielenterveysoireita käsitteleviä ryhmiä, yksilöterapiata tiettyjä oireita käsitellen, systemaattisesti

			mm stressin, ahdistuksenhallintaosamista/ryhmiä Tieteelliseen tutkimukseen perustuvia metodeja (esim KBT, Motivoiva haastattelu, 12 askeleen ohjelma)	nan jäsenten toimesta, normaalien, rutiininomaisten väliintulotoimien lisäksi.	maattista tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa päihdehoitoa (esim. MI, KBT, TSF). 4E
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdiagnoosiin <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdiagnoosiin <b>erikoistunut</b> yksikkö
4G. Psykoedukaatiota psykiatrisista häiriöistä ja niiden hoidosta, sekä vuorovaikutuksesta päihdeongelman kanssa.	ei tarjolla	Vaihtelevasti tarjolla.	Olemassa yleismuotoista ja sisältöistä, ja sitä tarjotaan yksilö- ja/tai ryhmämuotoisesti		Yksityiskohtaista tietoa komorbiditeetista ja sitä tarjotaan yksilö- ja/tai ryhmämuotoisesti.
4H. Perhetyö	Vain alkoholi- ja huumeongelmissa	Vain alkoholi- ja huumeongelmissa Vaihtelevasti tai riippuen henkilökunnan koulustausta, osaamisesta	Mielenterveysasioiden puhutaan säännöllisesti, mutta epämuodollisesti perhetyössä.		Kaksoisdiagnoosi – perhetyö integroitu yksikön muuhun toimintaan. Saatavilla suurimmalle osalle kaksoisdiagnoosin omaisista

			Saatavilla tarvittaessa.		
4I. Vertaistukiryhmien hyödyntäminen hoidon suunnittelussa tai sen toteutuksessa	Ei käytetä vertaistukiryhmiä hoidon hyödyntämiseksi	käytössä on henkilökunnan joidenkin jäsenten epäsäännöllisesti tai vaihtelevasti joillekin potilaille tarjoomia <b>päihdevertaisryhmiä</b>	Olemassa oleva yleinen järjestely, <b>päihde vertaistukiryhmiin.</b>  Mielenterveysongelmiin perustuvaa järjestelyä/ohjausta? ei kuitenkaan ole. Tavanomaisempaa ohjaaminen perinteisiin päihdevertaisryhmiin (esim. AA, NA)	Olemassa on, mutta vaihtelevat käytännöt ohjauksessa myös <b>mielenterveysasioita käsitteleviin ryhmiin.</b>  Tarjolla päihdevertaisryhmiä tai ryhmiä, jotka käsittelevät monia.	<b>Rutiininomaista ohjausta</b> tarvetta vastaaviin palveluihin kaksoisdiagnoosiasiakkaille  Tarjolla erityisiä hoito-ohjelmia paikan päällä jotka kohdistettu tiettyyn aiheeseen  joko <b>päihdevertaisryhmiä tai monia aiheita käsitteleviä ryhmiä.</b>
4J. Vertaisryhmien saatavuus kaksoisdiagnoosipotilaille	Ei ole	Sijaitsevat ulkopuolella, suositellaan vaihtelevasti.	On olemassa, sijaitsevat hoitopaikan ulkopuolella ja ohjaus kontaktihenkilöiden tai epävirallisten vertaiskontaktien kautta.Vähäinen	On olemassa, <b>sijaitsevat muualla, mutta sisällytetty hoitosuunnitelmaan</b> , dokumentoitu	On olemassa, <b>paikan päällä, sisällytetty hoitosuunnitelmaan</b> (esim. erilaiset ryhmät), käytetty ja dokumentoitu säännöllisesti, huomio samanaikaisissa oireissa.

		huomio samanaikaisissa oireissa.	säännöllisesti, huomio samanaikaisissa oireissa.	
--	--	----------------------------------	--	--

5. HOIDON JATKUVUUS					
	1.	2.	3.	4.	5.
	1. AOS, vain päihdehoito yksikkö		3. DDC, kaksoisdg. hoitoon <b>kykenevä</b> yksikkö		5. DDE, kaksoisdg hoitoon <b>erikoistunut</b> yksikkö
5A. Kaksoisdiagnoosin huomiointi jatkohoidon suunnittelussa (kun hoitosuhde päättymässä).	Ei huomioida	Huomioidaan vaihtelevasti henkilökunnan koulutuksesta, osaamisesta riippuen	Kaksoisdg huomioitu systemaattisesti mutta toissijaisena kun suunnitellaan potilaan jatkohoitoa (siirtymistä muualle)		Molemmat häiriöt huomioidaan ensisijaisina ainakin 80% tapauksista. Suunnitelma tehdään ja varmistetaan



5B. Kyky ylläpitää mt-hoidon jatkuvuutta	päihdehoidon päättyessä ei malleja mt-hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi	ei sovittua menettelytapaa mt hoidon tarpeisiin, kun päihdehoito päättyy, Osa henkilöstöstä saatta tarj mt hoitoa, kunnes ”oikea” hoitotaho löytyy. Dokumentaatio vaihtelevaa	ei sovittua menettelytapaa mt hoidon tarpeisiin, kun päihdehoito päättyy, Suurinosa henkilöstöstä saatta tarj mt hoitoa, kunnes ”oikea” hoitotaho löytyy. Dokumentaatio säännöllistä	on sovittu menettelytapa mt hoidon ylläpitämiseksi, vaihteleva dokumentointi. Hoito tapahtuu samassa hoitoyksikössä	on toimintatapa mt hoidon ylläpitämiseksi ja se dokumentoidaan ja tapahtuu samassa hoitoyksikössä
5C. Hoidossa seurataan molempien häiriöiden parantumisproses- sissa	Ei	Harvoin, mutta yksittäiset henkilöstön jäsenet seuraavat	hoidossa seurataan päihdeongelman paranemista, mt ongelmat nähdään retkahdusten aiheuttajana		Seurataan päihdeongelman toipumista sekä mt ongelmien hallintaa tai siitä toipumista Molemmat nähdään ensijaisiksi seurannan kohteiksi
5D. Ohjaaminen kaksoisdiagnoosi - vertaistukiryhmiin on kirjattuna ta- voitteena uloskirjaamisen suunnit- telussa. Yhteydet yhteisön vertais- tukiryhmiin taataan	Ei	Harvoin, mutta yksittäiset henkilöstön jäsenet ohjaavat	Kyllä, mutta vaihtelevasti. Ei rutiinia/systemaattista. Ta- voitteena on mahdollistaa po- tilaan vertaisryhmiin osallistu- minen		Kyllä, rutiininomaisesti tavoitteena mahdollistaa potilaan osallistumi- nen vertaisryhmiin

5E. Yksikössä on mahd lääkehoitoon ja seurantaan (dokumentoitu)	Ei Lääkehoidon mahdollisuutta		Lääkehoito mahdollinen, apteekkisopimuksella		Lääkehoito ja seuranta tapahtuu hoitoyksikössä
---	-------------------------------	--	--	--	--

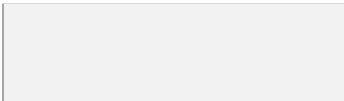
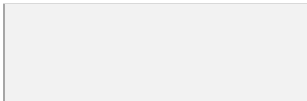
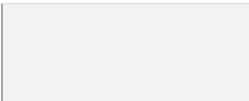
## 6 HENKILÖSTÖ

6A. Psykiatrin tai muun psykiatrisia lääkkeitä määräävän lääkärin saatavuus	Yksikössä ei ole mahdollisuutta psyk lääkäriin tai psyk lääkkeitä määräävään tahoon	Lääkäri on ostopalveluna muualla	Lääkäri on ostettuna yksikössä (esim ns keikkalääkäri)	Lääkäri toimii henkilökunnan jäsenenä, mutta vain tarvittaessa	Lääkäri toimii henkilökunnan jäsenenä ja osana hoitotiimiä sekä mahdollisuus lääkehoidon toteutukseen
6B. Hoitohenkilökunnalla on mielenterv. psykiatrian koulutus tai muu kelpoisuus Psykiatri, psykologi, psyk sh ja tt joilla pitkä terapiakoulutus	ei ole	1-24% henkilökunnasta	25-33% henkilökunnasta	34-49% henkilökunnasta	50% tai enemmän henkilökunnasta

6C. Hoidossa mahdollisuus mielenterv. asiantuntijan hoitoon tai konsultointiin	ei	Kyllä, mutta yksikön ulkopuolelta ei konsultaatiota ei dokumentointia	Kyllä, tarpeen mukaan mahdollisuus omassa yksikössä. Epämuodollinen prosessi	Kyllä, tarpeen mukaan mahdollisuus omassa yksikössä säännöllisesti, dokumentointi epäsäännöllistä.	Kyllä, tarjoillaan omassa yksikössä. Dokumentoidaan
6E. kaksoisdg potilaille on tarjolla vertaistukea ja kokemusasiantuntijoita	Ei ole	Joskus jotkut henkilöstöstä ohjaavat hoitoyksulkopuolisiin vertaistukiryhmiin	On tarjolla ryhmiä 2 dg pot mutta ei omassa yksikössä, henkilöstö ohjaa rutiininomaisesti	Vertaistukea tarjolla on omassa yksikössä joko palkatun henkilöstön, vapaaehtoisten tai kokemusasiantuntijoiden toimesta. Henkilöstö ohjaa tuen piiriin vaihtelevasti.	Vertaistukea on tarjolla omassa yksikössä joko palkatun henkilöstön, vapaaehtoisten tai kokemusasiantuntijoiden toimesta. Henkilöstö ohjaa tuen piiriin rutiininomaisesti

7. KOULUTUS					
7A. Hoitohenkilökunnalle on peruskoulutus psykiatristen häiriöiden esiintyvyydestä, seulonnasta sekä oireiden ja häiriöiden arvioinnista.	Ei perustaitojen koulutusta (psykiatriset häiriöt)	Vaihtelevasti koulutettu, ei kirjattu osaksi yksikön koulutussuunnitelmaa, mutta johtorohkaisee kouluttautumaan	Perustaidot on koulutettu yksikön koulutussuunnitelman mukaan	Perustaidot on koulutettu yksikön strategisen koulutussuunnitelman mukaan osalla myös joitakin edistyneempiä opintoja tietyistä hoitomuodoista	Perustaidot on koulutettu yksikön strategian mukaisesti, suunnitelman mukaisesti myös henkilökuntaa joilla erityisopintoja tietyistä hoitomuodoista
7B. Hoitohenkilökunnan jäsenet on koulutettu sekä mielenterveys-työn, että päihdetyön osalta, mukaan lukien lääkehoito ja	Ei koulutusta, ei dokumentointia	Ainakin 33% koulutettu	Ainakin 50% koulutettu	Ainakin 75% koulutettu	Ainakin 90% koulutettu

heillä on myös koulutusta kak-  
soisdg potilaiden hoitoon



**Henkilöstön suostumuslomake**

Haastateltavien osallistumissuostumus, päiväys: \_\_\_\_\_

Hei,

Olen Sairaanhoidaja YAMK opiskelija ja Vastaava Sairaanhoidaja Tiina Saikkala.

Teen opinnäytetyötä, jossa arvioin kaksoisdiagnoosipotilaan integroidun hoidon toteutumisesta päihdepoliklinikalla. Opinnäytetyöni tarkoituksena on arvioida integroitu kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteutuminen ja tavoitteena on saada tietoa integroidun hoidon kehittämiseksi.

Tutkimuskysymyksenä on miten toteutuu kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon integrointi päihdepoliklinikalla.

Haastattelun ajankohta on elo- lokakuu 2015 ja tapahtuu päihdepoliklinikan tiloissa.

Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Opinnäytetyössä aineistonkeruu tapahtuu ryhmähaastatteluna DDCAT-mittaria kysymyksiä apuna käyttäen, haastattelu kestää noin tunnin. Haastattelun apuvälineenä käytän ääninauhuria, jotta opinnäytetyön aineistonkeruun luotettavuus säilyy. Haastattelunauhut hävitetään, kun ne on käsitelty. Aineistonkeruusta ja tuloksista kirjoitetaan raportti opinnäytetyöhön.

Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja tutkittavien henkilöllisyys ei tule ilmi missään opinnäytetyön raportissa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta hänelle esitettyyn kysymykseen.

Allekirjoittaen tämän annatte suostumuksen haastatteluun ja luvan ääninauhurin käyttöön.

Annan suostumuksen haastatteluun ja luvan ääninauhurin käyttöön

---

aika ja paikka sekä suostumuksen antajan allekirjoitus

### Alkuperäisen DDCAT-mittarin muokatut kysymykset

Aineistonkeruussa käytetyn DDCAT-mittarin alkuperäisiin kysymyksiin on haastattelua varten muotoiltu tai tekstiä täsmennetty päihdepoliklinikalle sopivaksi. **Muotoiltu tai täsmennetty tekstin osa on tekstissä lihavoituna.** Liitteessä (Liite 3) on vain ne kysymykset joita on muotoiltu.

Ensin alkuperäinen kysymys/vastaus vaihtoehto, esimerkiksi 3A ja perässä muotoiltu vastaus. **Lihavoidut** kohdat on muotoiltu osa tekstissä.

#### 3A. Psykiatristen oireiden rutiininomaiset seulontamenetelmät

**alkuperäinen vastaus:** Mielenterveysongelmien seulonta käyttäen standardoituja tai formaaleja instrumentteja, joissa vakiintuneet psykometriset ominaisuudet.

**kysymykseen lisätty esimerkkejä mittareista:** mm BDI, DEPS, MDQ =mielialahäiriökysely, BAI =ahdistuksenseulonta, LSAS= paniikkiasteikko

**alkuperäinen vastaus:** Yhteiset mielenterveys- että päihdeongelmien seulontaan standardoidut tai muodolliset instrumentit, joissa vakiintuneet psykometriset ominaisuudet. Yhteiset mielenterveys- että päihdeongelmien seulontaan (=AUDIT, SADD / riippuvuus CIWA-ar, CIWA-b, DAST-20 ) standardoidut tai muodolliset instrumentit, joissa vakiintuneet psykometriset ominaisuudet.

#### 3B. Arviointikäytäntö, jos potilaalla todetaan psykiatrisia oireita

**alkuperäinen vastaus:** Jatkuva arviointi hoidon soveltuvuudesta tai hoidosta pois sulkeminen

Jatkuva arviointi hoidon soveltuvuudesta tai hoidosta pois sulkeminen, **ohjaus muualle?**

#### 3C. Psykiatriset ja päihdediagnoosit, sekä niiden dokumentointi

**alkuperäinen vastaus:** Psykiatrisia diagnooseja kirjataan vaihtelevasti tilastoihin / arkistoihin

Psykiatrisia diagnooseja kirjataan vaihtelevasti (tilastoihin / **potilasarkistoihin**)

**alkuperäinen vastaus:** Psykiatriset diagnoosit kirjataan usein, mutta epäsäännöllisesti. Psykiatriset diagnooseja **tehdään ja dokumentoidaan mutta epäsäännöllisesti**

**alkuperäinen vastaus:** Standardoidut ja rutiininomaiset psykiatriset diagnoosit tehdään säännöllisesti

Standardoitu ja **rutiininomainen psykiatrinen diagnoosi tehdään säännöllisesti sekä dokumentoidaan**

3D. Psykiatristen ja päihdeongelmien historian kuvastuminen potilastiedoissa

**alkuperäinen vastaus:** Toistuva dokumentaatio mielenterveys- ja päihdeongelmien historiasta tallennetaan kaavakkeen avoimeen osioon.

Toistuva dokumentaatio mielenterveys- ja päihdeongelmien historiasta **tallennetaan potilastiedostoon**

**alkuperäinen vastaus:** Molempien oireiden kronologisen historian tallentamiseen on varattu oma osio.

Molempien oireiden kronologinen historian tallentaminen **potilastiedostoon.**

**alkuperäinen vastaus:** Molempien oireiden kronologisen historian tallentamiseen on varattu oma osio ja niiden välistä vuorovaikutusta arvioidaan ajoittain

Molempien oireiden kronologinen historia **tallennetaan ja niiden välistä vuorovaikutusta arvioidaan ajoittain.**

3E. Hyväksyntä yksikköön psykiatristen oireiden akuuttiuden mukaan (engl. low moderate, high)

**alkuperäinen vastaus:** Yksikkö vastaanottaa henkilöitä, joilla ei ole oireita tai ne eivät ole kovin akuutteja (kiireellisiä).

Yksikkö vastaanottaa henkilöitä, joilla ei ole **psykiatrisia** oireita tai ne eivät ole kovin akuutteja (kiireellisiä).

**alkuperäinen vastaus:** Vastaanottaa henkilöitä, joilla akuuttioireet ovat, ei kiireellisiä tai keskivaikeita, mutta jotka ovat pääasiassa vakaita.

**Yksikkö** vastaanottaa henkilöitä, joilla **mahdolliset (psykiatriset)** akuuttioireet **eivät ole** kiireellisiä tai keskivaikeita, pääasiassa vakaita.

**alkuperäinen vastaus:** Vastaanottaa henkilöitä, joilla akuuttioireet ovat kiireellisiä tai vaikeita, mukaan lukien psykiatrisesti epävakaita henkilöitä.

**Yksikkö** vastaanottaa henkilöitä, joilla mahdolliset **psykiatriset** akuuttioireet ovat kiireellisiä tai vaikeita, mukaan lukien psykiatrisesti epävakaita henkilöitä.



### 3G. Muutoksen vaihemallin mukainen arviointi**vaiheessa**

**alkuperäinen vastaus:** Arvioitu ja dokumentoitu vaihtelevasti riippuen henkilökunnan jäsenistä.

**muutosvaihemallin mukaan arvioidaan ja dokumentoidaan** vaihtelevasti, riippuen henkilökunnan **koulutus/osaaminen**

### 4B. Arvioi ja seuraa aktiivisesti molempien ongelmien kulkua

**alkuperäinen vastaus:** Ei huomioita tai kirjauksia mielenterveysongelman kehityksestä  
Ei huomioita tai kirjauksia mielenterveyshaasteiden / **häiriöiden kehityksestä.**

**alkuperäinen vastaus:** Useita raportteja mielenterveysongelmien kehityksestä tiettyjen henkilökunnan jäsenten toimesta.

**Kirjataan** mielenterveysongelmien kehityksestä, **vaihtelevasti henkilökunnan mukaan.**

**alkuperäinen vastaus:** Kliininen huomio keskittyy kertovaan raportointiin (hoitosuunnitelma, muistiinpanot edistymisestä) mielenterveysongelman muutoksissa

**Kliininen, kertova raportointi** (hoitosuunnitelma, muistiinpanot edistymisestä) mielenterveysongelman muutoksissa

**alkuperäinen vastaus:** Systemaattinen toimintatapa olemassa, mutta vaihtelevasti käytössä

Systemaattinen toimintatapa **kirjaaminen huomioiden molemmat häiriöt**, mutta vaihtelevasti käytössä.

**alkuperäinen vastaus:** Systemaattinen, yksityiskohtainen ja selkeä toimintatapa muutosten seuraamiseksi molemmissa ongelmissa on käytössä.

Systemaattinen, yksityiskohtainen ja selkeä toimintatapa **huomioiden molemmat häiriöt ja niissä tapahtuvien muutosten seuraamiseksi on käytössä (kirjaaminen, seuranta)**

### 4C. Menettelytavat psykiatristen hätätilanteiden ja kriisien hallitsemiseksi

**alkuperäinen vastaus:** Dokumentoidut ohjeet: Eteenpäin ohjaus tai yhteistyö (esim. paikallinen mielenterveyspalvelu tai terveyskeskuksen ensiapu).

Dokumentoidut ohjeet: Eteenpäin ohjaus tai yhteistyö (**esim. paikallinen psyk.pkl. tai päivystys**)

#### 4D. Muutoksen vaihemallin mukainen hoito

**alkuperäinen vastaus:** Vaihe tai motivaatio dokumentoitu vaihtelevasti hoitosuunnitelmaan riippuen henkilökunnan jäsenestä

**Muutosvaihe tai motivaatio** dokumentoitu vaihtelevasti hoitosuunnitelmaan riippuen henkilökunnan **koulutuksesta /osaamisesta**

**alkuperäinen vastaus:** Vaihe tai motivaatio rutiininomaisesti sisällytetty yksilökohtaiseen suunnitelmaan, mutta ei tiettyä vaihekohtaista hoitoa

**Muutosvaihe** tai motivaatio rutiininomaisesti sisällytetty yksilökohtaiseen **hoitosuunnitelmaan**, mutta ei tiettyä vaihekohtaista hoitoa.

**alkuperäinen vastaus:** Vaihe tai motivaatio rutiininomaisesti sisällytetty yksilökohtaiseen suunnitelmaan ja vallitsee yleinen tietoisuus hoidon säätämisestä yksilön valmiuden ja motivaation mukaan päihdehoidossa.

**Muutosvaihe** tai motivaatio rutiininomaisesti sisällytetty yksilökohtaiseen **hoitosuunnitelmaan** ja **päihdehoitoa toteutetaan huomioiden yksilön valmius ja motivaatio**

**alkuperäinen vastaus:** Vaihe tai motivaatio rutiininomaisesti sisällytetty yksilökohtaiseen suunnitelmaan ja muodollisesti kuvailtu ja julkistettu vaihekohtainen hoito on tarjolla sekä päihde- että mielenterveysongelmissa

**Muutosvaihe** tai motivaatio rutiininomaisesti sisällytetty yksilökohtaiseen **hoitosuunnitelmaan** sekä **dokumentoitu**. Potilaalle tarjotaan vaihekohtaista hoitoa sekä päihde- että mielenterveysongelmissa

#### 4E. **Lääkehoidon** käytäntöjä ja toimintatapoja lääkityksen määrittämiseksi, hallinnaksi, valvonnaksi ja noudattamiseksi

**alkuperäinen vastaus:** Selkeät standardit ja rutiinit lääkityksen tarjoavalle, joka on myös henkilökunnan jäsen. Säännöllinen yhteistyö ja ohjesäännöt reseptejä kirjoittavan tahon kanssa, joka myös konsultoi henkilökuntaa lääkityksen suunnittelussa ja ohjaa lääkityksen seurannassa

Selkeät standardit ja rutiinit, **lääkehoitoa tarjoavalle (=lääkäri)** Säännöllinen yhteistyö ja säännöt reseptejä kirjoittavan tahon kanssa, joka myös konsultoi henkilökuntaa lääkityksen suunnittelussa ja ohjaa lääkityksen seurannassa

#### 4H. Perhetyö

**alkuperäinen vastaus:** Vaihtelevasti tai riippuen henkilökunnan jäsenen arviosta.

**Vain alkoholi- ja huumeongelmissa.** Vaihtelevasti tai riippuen henkilökunnan **koulutustaustasta, osaamisesta** riippuen

5A. Kaksoisdiagnoosin huomiointi jatkohoidon suunnittelussa (kun hoitosuhde päätty-  
mässä).

**alkuperäinen vastaus:** Huomioidaan vaihtelevasti henkilökunnan jäsenestä riippuen.  
Huomioidaan vaihtelevasti henkilökunnan **koulutuksesta, osaamisesta riippuen**

#### 5B. Kyky ylläpitää hoidon jatkuvuutta

**alkuperäinen vastaus:** Ei mekanismeja mielenterveyshoidon jatkuvuuden varmistamiseksi kun päihdehoito on saatettu päätökseen.

**päihdehoidon päättyessä ei malleja mt hoidon** jatkuvuuden varmistamiseksi

**alkuperäinen vastaus:** Ei sovittua menettelytapaa vastata mielenterveyshoidon tarpeisiin kun hoito on päättynyt, mutta jotkin henkilökunnan jäsenet voivat tarjota jatkoa mielenterveyshoidolle kunnes seuraava hoitotaho löytyy. Vaihteleva dokumentaatio.

ei sovittua menettelytapaa **mt** hoidon tarpeisiin, kun päihdehoito päättyy, Osa henkilöstöstä saattaa **tarj mt hoitoa, kunnes ”oikea” hoitotaho löytyy.** Dokumentaatio vaihtelevaa

**alkuperäinen vastaus:** Ei sovittua menettelytapaa vastata mielenterveyshoidon tarpeisiin kun hoito on päättynyt, mutta osoitettaessa suurin osa henkilökunnan jäsenistä tarjoaa jatkoa hoidolle kunnes seuraava hoito löytyy. Säännöllinen dokumentaatio.

ei sovittua menettelytapaa **mt hoidon tarpeisiin, kun päihdehoito päättyy, Suurin osa henkilöstöstä saattaa tarj mt hoitoa, kunnes ”oikea” hoitotaho löytyy. Dokumentaatio säännöllistä**

**alkuperäinen vastaus:** Sovittu menettelytapa mielenterveyshoidon ylläpitämiseksi toistaiseksi, mutta vaihteleva dokumentoitu todistusaineisto siitä, että näin tapahtuu säännöllisesti, yleensä samassa hoito-ohjelmassa tai yksikössä.

on sovittu menettelytapa **mt** hoidon ylläpitämiseksi, **vaihteleva dokumentointi. Hoito tapahtuu samassa hoitoyksikössä**

**alkuperäinen vastaus:** Muodollinen toimintatapa mielenterveyshoidon ylläpitämiseksi toistaiseksi ja yhtenäinen dokumentoitu todistusaineisto siitä, että näin tapahtuu säännöllisesti, yleensä samassa hoito-ohjelmassa tai -yksikössä.

**on toimintatapa mt** hoidon ylläpitämiseksi ja se **dokumentoidaan ja tapahtuu samassa hoitoyksikössä**

5C. Huomio molempien häiriöiden parantumisprosessissa/**Hoidossa seurataan molempien häiriöiden parantumisprosessia**

**alkuperäinen vastaus:** Jotkut henkilökunnan jäsenet huomioivat

**Harvoin, mutta yksittäiset** henkilöstön jäsenet seuraavat

**alkuperäinen vastaus:** Huomio on päihdeongelman paranemisessa, mielenterveysongelmat nähdään erityisesti mahdollisina retkahduksen aiheuttajana

**hoidossa seurataan** päihdeongelman paranemista, **mt** ongelmat nähdään retkahdusten aiheuttajana

**alkuperäinen vastaus:** Huomio kiinnittyy sekä päihdeongelmasta toipumiseen että mielenterveysongelman hallintaan tai siitä toipumiseen, molemmat nähdään ensisijaisina ja jatkuvina

**Seurataan päihdeongelman toipumista** sekä **mt** ongelmien hallintaa tai siitä toipumista Molemmat nähdään ensijaisiksi **seurannan kohteiksi**

5D. Ohjaaminen kaksoisdiagnoosi -vertaistukiryhmiin on kirjattuna tavoitteena uloskirjaamisen suunnittelussa. Yhteydet yhteisön vertaistukiryhmiin taataan

**alkuperäinen vastaus:** Kyllä, vaihtelevaa, ei rutiininomaista ja systemaattista, tavoitteena yhteyden mahdollistaminen kaksoisdiagnoosi -vertaisryhmiin yhteisössä (osallistuminen ulkopuolisiin kokouksiin tai tapahtumiin)

Kyllä, mutta **vaihtelevasti**. Ei rutiinia/systemaattista. **Tavoitteena on mahdollistaa potilaan vertaisryhmiin osallistuminen**

**alkuperäinen vastaus:** Kyllä, rutiininomaista ja systemaattista, vähintään 80 % ajasta, tavoitteena yhteyden mahdollistaminen kaksoisdiagnoosi vertaisryhmiin yhteisössä (osallistuminen ulkopuolisiin kokouksiin tai tapahtumiin).

Kyllä, rutiininomaisesti, **tavoitteena mahdollistaa potilaan osallistuminen vertaisryhmiin**

**5E. Yksikössä on lääkityksen tarjonta- ja noudattamissuunnitelma (dokumentoitu). Yksikössä on mahd lääkehoitoon ja seurantaan (dokumentoitu)**

**alkuperäinen vastaus:** Lääkitys ei suunnitelmassa.

**Ei Lääkehoidon mahdollisuutta**

**alkuperäinen vastaus:** Kyllä, 30 päivää tai toimitus seuraavaan lääkäritapaamiseen asti yksikön ulkopuolella

**Lääkehoito mahdollinen, apteekkisopimuksella**

**alkuperäinen vastaus:** Lääkityksen hallinta pidetään yksikössä

Lääkehoito ja seuranta tapahtuu hoitoyksikössä

**6A. Psykiatrin tai muun psykiatrisia lääkkeitä määräävän lääkärin saatavuus**

**alkuperäinen vastaus:** Lääkäri toimeksisaajana yksikön ulkopuolella

**Lääkäri on ostopalveluna muualla**

**alkuperäinen vastaus:** Konsultti tai toimeksisaaja käy yksikössä (esim. ns. keikkalääkäri).

**Lääkäri on ostettuna yksikössä (esim ns keikkalääkäri)**

**alkuperäinen vastaus:** Henkilökunnan jäsen, mutta paikalla harvakseltaan vain klinisiä toimenpiteitä varten.

**Lääkäri toimii henkilökunnan jäsenenä, mutta vain tarvittaessa**

**alkuperäinen vastaus:** Henkilökunnan jäsen, paikalla yksikössä hoitoa ja lääkinnän valvontaa varten, osana hoitotiimiä.

**Lääkäri toimii henkilökunnan jäsenenä ja osana hoitotiimiä sekä mahdollisuus lääkehoidon toteutukseen.**